

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituto de ensino e promoção da Cirurgia

Director: DR. EDELCAR DE OLIVEIRA RIBEIRO

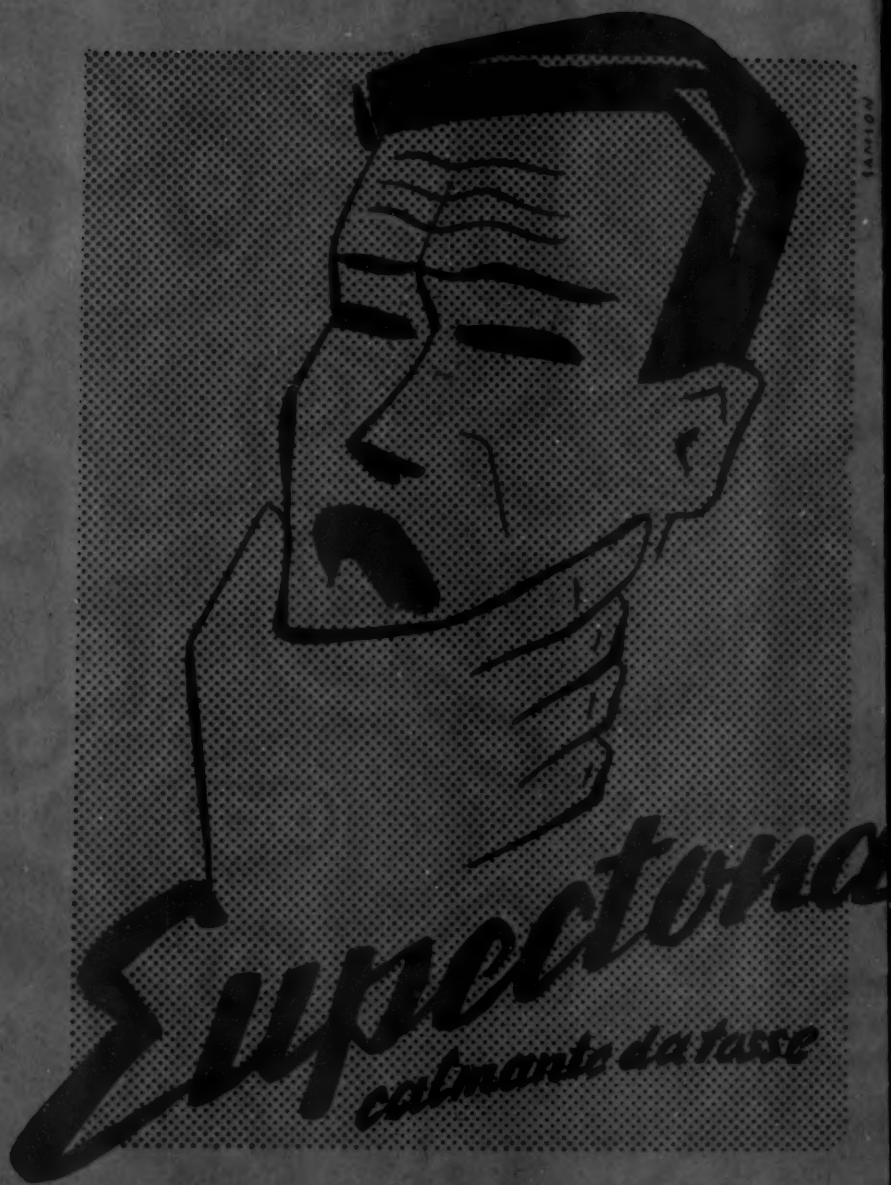
VOL. LXXII

São Paulo, julho de 1956

N.º 1

Sumário:

	Pág.
Fistula gastro-jejuno-cólica — DRA. EDISON DE OLIVEIRA e SAUL GOLDENBERG	11
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Cirurgia	31
Cirurgia cardiovascular	34
Hematologia e hemoterapia	55
Higiene e medicina tropical	55
Medicina	55
Medicina do trabalho	58
Sociedade Médica São Lucas	60
Outras Sociedades	60
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	66
Vida Médica de São Paulo:	
Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho	70
Academia de Medicina de São Paulo	72
Associação Paulista de Medicina	73
Necrológico	73
Congressos e Cursos Médicos:	
VI Congresso Americano e III Argentino de Urologia	74
Curso de Sorologia na Faculdade de Higiene	76
Assuntos de Atualidade:	
Reabilitação do tuberculoso	76
Literatura Médica:	
Separatas e folhetos recebidos	78



LABORATÓRIO TORRES S. A.

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica mensal fundada em 1913 sob a direção dos Drs.:

**ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO,
VITAL BRAZIL E DIOGO DE FARIA**

Editada sob a direção do
DR. ADEMAR NOBRE

pelo



Sanatório São Lucas

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOLUME LXXII

JULHO A DEZEMBRO DE 1956

São Paulo Editora S/A., imprimiu

1956

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

CAPA:	Cr\$
2. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.800,00
3. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.500,00
4. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	2.500,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 x 19 cm.) por vez	1.800,00
½ página (9 x 12 cm.) por vez	1.000,00
¼ página (9 x 5,5 cm.) por vez	600,00
Encarte por vez	1.800,00
Página fixa	20% de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA

VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático — Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DOR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03

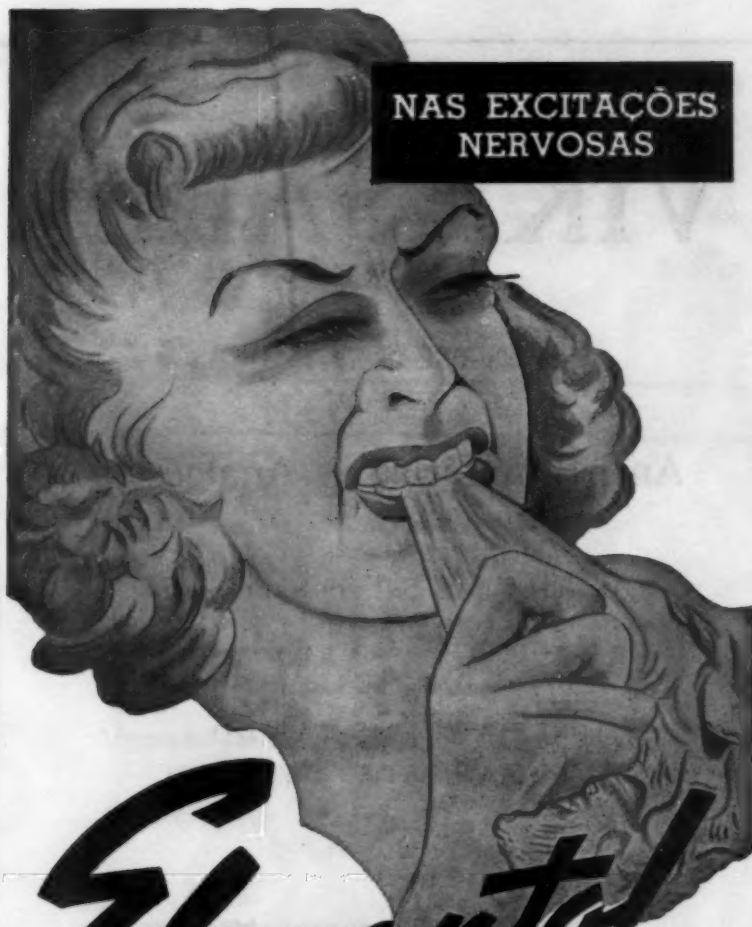


LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579 — São Paulo

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



Elegantol



neuro-sedativo - anti-espasmódico - anti-convulsivante

Na hiper-eritabilidade reflexa - Córdio-Sedativo - Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLOBIUM ELEGANS

Crataegus Oxiacanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.
Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 - Telefone 35-3426 - São Paulo

No tratamento da

Coqueluche, tráqueo bronquite
e tosse em geral

Pantofedrina

Novo específico à base de fôlhas e cascas de

ERITHRINA CHRISTA-GALI

(COM GLUCOSE)

Pantofedrina

no tratamento da coqueluche
preparado no

LABORATÓRIO PHARMA

introdutor da

Erithrina Crista-Gali



amostras e literatura

LABORATÓRIO PHARMA

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

Triunfando através dos tempos e de
geração em geração, como a linhagem
dos animais puro-sangue,

*Codeína e
Cloridrato de
Etilmorfina*
lideram tradicionalmente
a terapêutica das
Tosses



fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina.....	0,003 g.
Codeína.....	0,004 g.
Tintura de Lobelia.....	0,1 g.
Tintura de Grindelia.....	0,1 g.
Tintura de Crataegus.....	0,1 g.
Água de Louro Cereja.....	0,2 g.

modo de usar:

ADULTOS: - 40 gotas em um cálice de
água açucarada, 4 a 5 ve-
zes ao dia, ou segundo cri-
tério médico.

CRIANÇAS: - 20 gotas, a critério médico.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 - Fone 33-3426 - São Paulo

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT





NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampolas - de 1cm3, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubo com 30

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA



DOLCSONA

PRONTOVERMIL

o melhor vermífugo contra
Ascaris e Oxyurus.

No tratamento das verminoses causadas por
Ascaris lumbricoides, *Oxyurus vermicularis*
e outras espécies da família dos *oxiurideos*.

★

APRESENTAÇÃO :

Vidros com 60 cm³ para pacientes até 30 quilos.

Vidros com 150 cm³ para pacientes de peso
superior a 30 quilos.

★

As doses diárias do Prontovermil estão em relação ao peso corporal
conforme tabela mencionada na bula.

★

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.

Rua São Luiz, 161 - São Paulo, Brasil



APRESENTAÇÃO :

Caixas de { 6 ampólas de 2 cm³
6 ampólas de 5 cm³

PROTECTUM

Labor

UM ANTI-TÓXICO GERAL PREPARADO SEGUNDO
TÉCNICA ORIGINAL BRASILEIRA DE G. VILLELA

LABORTERAPICA S. A.
Santo Amaro (São Paulo)

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano Cr \$ 200,00 — Número avulso Cr \$ 20,00

VOL. LXXII

JULHO DE 1956

N.º 1

Fistula gastro-jejuno-cólica (*)

Dr. EDISON DE OLIVEIRA

(Livre Docente de Proctologia. Chefe de Clínica da Disciplina Cirurgia do Aparelho Digestivo, da Esc. Paul. de Med.; F.I.C.B F.A.C.S.)

Dr. SAUL GOLDENBERG

(Médico Adido da Disciplina Cirurgia do Aparelho Digestivo, da Esc. Paul. de Med.; 2.º Assistente da Cadeira de Anatomia Descritiva, e Topográfica da Esc. Paul. de Med.)

A fistula gastro-jejuno-cólica é uma das complicações mais sérias da gastroenterostomia e, menos frequentemente, também da gastrectomia. A comunicação entre o estômago, jejuno e colon ocorre como consequência de uma úlcera péptica da boca anastomótica e menos frequentemente a partir de uma alteração neoplásica. Também podemos ter uma comunicação entre o estômago e o colon, isto é, uma fistula gastro-cólica, tendo como causa um carcinoma do estômago ou do colon transverso, ou, bem mais raro, uma úlcera gástrica.

HISTÓRICO

O conhecimento de uma comunicação anômala entre o estômago e o colon, isto é, de uma fistula gastro-cólica data de 1755 com HALLER que foi o primeiro a assinalar a existência de tal fistula, devido a uma lesão maligna.

A maioria dos trabalhos sobre fistulas gastro-cólicas começou a aparecer a partir da segunda metade do século passado, com MURCHINSON (1857). Em 1894, HENTSCHEL, na Alemanha, apresentou sua tese sobre fistulas gastro-cólica, seguindo-se posteriormente, entre

(*) Conferência feita na Sociedade Médica São Lucas em 23-12-55.

outros, os trabalhos de BOUVERET (1896), UNRUH (1899), ZWEIG (1900), KOCH (1903), CHAVANNAZ (1907), CIVADALI (1920), PRATT (1923), SAVIGNAC (1924), KUTTNER (1926), JANSON (1928) e DICKSON (1928).

A fistula gastro-jejuno-cólica foi descrita pela primeira vez por CZERNY, SIMON e ARNSPERGER, em 1903. E tão somente nesta época porque as primeiras gastro-enterostomias foram feitas no fim do século passado e a descrição da primeira úlcera gastro-jejunal, por gastroenterostomia, foi feita por BRAUN em 1899.

A seguir, com o aumento do número de pacientes gastroenteromizados por úlcera péptica, aumentou o número de pacientes com úlcera péptica da boca anastomótica e, daí também, o aparecimento gradual de fistulas gastro-jejuno-cólicas. Em consequência começaram a surgir os trabalhos sobre fistulas gastro-jejuno-cólicas, como os de HAMANNAVTVG, BARLINGAVTVG, de BOLTON e TROTTER (1920) tecendo considerações sobre 32 casos de fistula gastro-jejuno-cólica, e os trabalhos de LOEWY (1921) e VERBRUGGE (1925) chamando atenção para estes dois tipos de fistula, a gastro-cólica e a gastro-jejuno-cólica.

Nestes ultimos anos, varios trabalhos têm surgido na literatura abordando principalmente o tratamento da fistula gastro-jejuno-cólica.

WILKIE (1934) recomendou um tratamento operatório em dois tempos.

LAHEY e SWINTON (1935) propuzeram um tipo de procedimento operatório, modificado posteriormente para um outro tipo em dois tempos, segundo trabalho publicado em 1943 (LAHEY e MARSHALL).

PFEIFER e KENT (1939) aconselharam o emprego de uma colostomia proximal como 1.º tempo do tratamento cirúrgico.

KELLY (1939) salientou que a gastrectomia a Polya era a melhor operação para fistula gastro-cólica.

LOEWY (1939) apresentou 5 casos de fistula gastro-jejuno-cólica

WALTERS e CLAGETT (1939) evidenciaram 23 casos, ou seja, 13,6% de casos de fistula gastro-jejuno-cólica em 169 casos de úlcera gastro-jejunal na Clínica Mayo nos anos de 1933 a 1936.

PFEIFFER (1941) apresentou 15 casos de fistulas gastro-jejuno-cólica e continuou recomendando a colostomia em alça, proximalmente á fistula.

FAXON e SCHOCHAVTDT) estudaram 9 casos de fistula gastro-jejuno-cólica com emprego de vagotomia em um caso.

LOWDON (1953) apresentou seu trabalho sobre 46 casos de fistula gastro-jejuno-cólica, sendo um dos mais completos, a nosso ver.

ROSENQVIST e SJÖBERG (1954) apresentaram uma série de 9 casos de fistula gastrojejunocolicas e 2 duodenocolicas.

Outros trabalhos surgiram e aos quais nos referiremos no decorrer deste.

Incidencia : De uma maneira geral a fistula gastro-jejuno-cólica se apresenta em cerca de 10 % dos casos de úlcera da boca anastomótica. (Wright (1935) 8,7% em 458 casos de úlcera gastro jejunal; Judd e Hoerner (1935) 8,7 % em 597 casos; Lahey (1936) 11 %; Allen (1937) 14 %; Walters e Clagett (1939) 13,6%; Lowdon (1953) 22,4 % e Rosengvist (1954) 17 %).

Ocorre, quase sempre, numa gastroenterostomia transmesocólica posterior, próxima ao colon transversal e principalmente nos casos portadores de úlcera duodenal, como explicaremos mais adiante.

Sexo e idade : A fistula gastro-jejuno-cólica ocorre mais comumente nos homens, atingindo-os entre 30 e 60 anos, sendo bastante rara na mulher (Judd e Hoerner, (1935) Ranson (1945) Rife (1938).

Etiologia : Cumpre salientar que a etiologia difere nos casos de fistula gastro-cólica e nos de gastro-jejuno cólica.

Chavannaz (1907) salientou que a etiologia das fistulas gastro-cólicas pode ser devida às seguintes causas :

- 1) congênita.
- 2) alteração neoplásica (epitelioma e carcinoma, seja do colon ou do estômago, etiologia mais frequente em se tratando de fistulas gastro-cólicas).
- 3) úlcera do estômago (vem em 2.º lugar na etiologia das fistulas gastro-cólicas).
- 4) tuberculose gástrica ou cólica.
- 5) abscesso abdominal.

Nas fistulas gastro-jejuno-cólicas a úlcera reivindica o primeiro lugar na etiologia.

E' encontrada preferentemente como consequencia de uma gastroenterostomia posterior, contudo pode ocorrer tanto numa gastroenterostomia anterior como nos vários tipos de gastrectomia, embora em número bem menor. Como exemplo de fistula gastro-jejuno-cólica por gastroenterostomia pré-cólica, temos o caso relatado por LAWTON e MARKS (1949). GRAY e SHARPE (1941) apresentaram um caso de fistula após anastomose a Billroth I.

ANATOMIA PATOLÓGICA

O anatomo-patologista encontra geralmente a fistula gastro-jejuno-cólica como consequencia de uma úlcera péptica da boca anastomótica, com marcada tendencia a penetração e consequente perfuração no colon.

A gastroenterostomia transmesocólica posterior produz fistulas mais frequentemente que a pré-cólica. Isto devido à íntima relação entre o colon e a boca anastomótica no primeiro caso. A fistula gastro-jejuno-cólica comumente estabelece conexão entre o jejuno e o colon transversal, aliás como observamos nos nossos casos n.º 1

e 3. Raramente o estômago se comunica diretamente com o colon (Vaughn, Hollister e Lagorio (1949). O tamanho da fístula varia de alguns milímetros a 4 cm. de diametro (Lowdon) (1953). Na série de Rosenqvist e Sjöberg (1954), a fístula menor era tão fina quanto um lapis comum e a maior deixava passar dois dedos. No nosso caso (n.º 3) ela tinha aproximadamente 1 cm. de diametro. O seu aparecimento é mais comum nas gastroenterostomias por úlcera duodenal, devido à frequente hiperacidez existentes nestes casos.

Após a perfuração da úlcera, pode haver tendencia para sua cicatrização e cura, por epiteliação das paredes da fístula, facilitando a cura desta úlcera e impedindo o fechamento da fístula.

O estudo microscópico poderá revelar uma transição gradual da mucosa gástrica ou jejunal, para a mucosa cólica. Em muitos casos, toda a area da fístula poderá dar o aspecto de uma massa inflamatória (Rosenqvist e Sjöberg) (1954). A comunicação do estômago diretamente com o colon é mais frequentemente encontrada como complicação de um carcinoma gástrico ou carcinoma do colon transversal, como no nosso caso n.º 2.

Outras entidades patológicas excepcionalmente podem servir de base para o estabelecimento de fístulas gastro-jejuno-cólicas ou gastro-cólicas.

Assim, BARGEN, KERR, HAUSNER e WEBER (1937) chamaram atenção para um caso de colite ulcerativa que desenvolveu uma fístula colon-jejuno-gástrica.

WILKIEAVTCD) apresentou um caso de fístula gastro-cólica devido a uma úlcera da parede posterior do estômago.

Habitualmente, estão presentes uma gastrite e jejunitis, consequentes à passagem pelo estômago e jejuno-ileo do conteúdo cólico. O contato do conteúdo cólico com a mucosa do estômago e jejuno, ocasionando a inflamação destes órgãos, é o responsável pelo quadro diarreico dos pacientes, como se admite atualmente, e não ao curto circuito gastro-jejuno-cólico. A prova é que, uma derivação proximalmente à fístula, via de regra faz cessar as diarreias (Pfeiffer e Kent) (1939).

Sintomas: A triade, segundo Lowdon (1953), que evidencia uma fístula gastro-jejuno-cólica é:

- 1) diarreia
- 2) vômitos fecaloides
- 3) perda de peso e debilidade.

Porém, há casos em que estes sintomas estão ausentes (caso n.º 1 e 3). Portanto, o quadro clínico da molestia é bastante variável. O sintoma cardinal é a diarreia, que frequentemente é intensa e algumas vezes acompanhada de eructação fecal e vômitos.

A diarreia pode ocorrer logo após as refeições, mas também longe delas, inclusive durante a noite.

Os pacientes referem fézes aquosas ou pastosas, amareladas ou de cor marrom claro, gordurosas, em grande quantidade, geralmente contendo muitas partículas alimentares não digeridas. As fézes gordurosas são atribuídas ao desarranjo da função de absorção do intestino delgado.

Quando existem vômitos, usualmente são fecaloides. Bornstein e Weinshel (1941) acreditam que os vômitos fecaloides são patognômicos de fístulas gastro-jejuno-cólica. Colucci (1933) salientou que a sintomatologia da fístula gastro-cólica pode confundir-se com a oclusão intestinal em uma crise aguda, com o aparecimento de um quadro de vômitos fecaloides e dores abdominais.

A eructação fecal também é um sintoma marcante. A administração de enemas aumentará a frequência e o grau deste sintoma (Vaughn, Hollister e Lagorio) (1949). A dor abdominal está presente na minoria dos pacientes. A queixa que existe, causada pela úlcera, desaparece com o desenvolvimento e epitelização da fístula, coincidindo via de regra, com o início da diarreia.

Podem ocorrer perdas sanguíneas, porém não são frequentes.

Há sempre perda de peso, que geralmente é acentuada e rápida.

Pode aparecer anorexia.

O paciente demonstra estar anemiado, devido à falta de absorção de ferro ou à incapacidade de absorção do fator ant-anêmico de Castle.

Atwater, Butt e Priestley (1943) acharam 14% de seus pacientes com anemia do tipo macrocítico.

Devido aos distúrbios na nutrição do paciente (jejunité) associa-se à diarreia um quadro de desidratação com aparecimento, cedo ou tarde, de fraquesa e edema.

Charrier (1954) chamou a atenção para a variedade das formas clínicas, salientando as seguintes formas principais:

- 1) Formas latentes, bem toleradas correspondentes a fístulas pequenas.
- 2) Fístulas graves, com aspecto clínico típico, rapidamente caquetisantes.
- 3) Entre estas duas, as fístulas intermitentes, com períodos de acalmia e de atividade.

Interessante é assinalar o caso de Richardson (1953) que apresentou uma fístula gastrojejunocólica sem sintomas, durante oito anos.

Diagnóstico: O diagnóstico de fístula gastro-jejuno-cólica ou fístula gastrocólica, suspeitado pela história clínica, só é feito com segurança, quando o exame radiológico vem confirmá-lo. Não raro o exame com refeição opaca deixa de revelar a existência da fístula. Isto acontece com toda possibilidade, devida à existência de dobras

da mucosa ou de partículas alimentares obstruindo, ainda que temporariamente, o orifício da fístula. Nessas condições um exame radiológico negativo, com refeição opaca, não afasta o diagnóstico de fístula gastro-jejuno-cólica ou gastro-cólica. Embora com muito menos frequência o exame radiológico com refeição opaca pode deixar até de revelar a existência duma gastro-entero, como aconteceu no nosso caso n.º 3. Se de um lado pode apresentar essas falhas de outro poderá demonstrar o nicho de uma úlcera marginal ou mesmo anormalidades outras da parte alta do trato gastro-intestinal, como a estenose pilórica verificada no nosso caso n.º 3, estenose essa dificultando a passagem do contraste para o duodeno.

A técnica mais indicada é a do enema baritado, porque ela demonstra, com mais frequência, a existência da fístula. A quantidade de bário injetada no colon não deve ser grande, pois que o enchimento muito rápido de várias alças do delgado pode impedir a visualização do trajeto fistuloso. Assim, logo que o bário penetre no estômago se deve suspender sua administração. Não nos devemos esquecer, no entanto, que mesmo usando essas duas vias o exame radiológico pode falhar. É raro, mas pode acontecer. Assim para documentar as asserções acima relatadas, damos os resultados obtidos por Lowdon (1953). O exame com refeição opaca foi executado em 22 pacientes e em 14 não se conseguiu demonstrar a fístula; em 32 pacientes a investigação foi feita com enema baritado e em 31 deles se conseguiu evidenciar a fístula.

Os relatos de vários outros autores, por nós examinados, confirmaram esses achados. Nos casos raros em que se tenha dificuldade em demonstrar a fístula com o uso do enema baritado aconselha Le Canuet (1954) o emprego da insuflação do colon.

Além das vantagens acima assinaladas o exame radiológico permitirá evidenciar a existência de outra moléstia com efeitos similares como, por exemplo, a gastro-ileostomia inadvertida, estudada em nosso meio por M. Ramos, ou mesmo, a gastro-colostomia, também já observada por colegas nossos e a nós relatado pessoalmente (E. O.). O exame gastrocópico num caso suspeito de fístula gastro-jejuno-cólica, em vista das poucas informações que poderá fornecer além das reveladas pela radiologia, tem pouca indicação, conforme muito bem assinalaram Lahey, Sedgwick e Marshall (1951).

Não obstante não ha inconveniência no seu emprego quer na fístula gastro-jejuno-cólica quer na gastro-cólica.

Os achados de laboratório num indivíduo portador de fístula gastro-jejuno-cólica variam de acôrdo com a repercussão que teve ela no seu estado geral. Num doente com grande perturbação da nutrição, anemia, avitaminose, desidratação e intensa perturbação electrolítica, consequencia da grave jejuno-ileite devida ao refluxo do conteúdo cólico no jejuno e ileo, os achados laboratoriais se afastam muito do normal.

A anemia é um achado frequente. Dada a grande desidratação desses pacientes não é raro, contudo, observarem-se resultados nor-

mais ou mesmo altos, devidos à hemoconcentração. Para melhores informações sobre os tipos de anemia verificados consultem-se os trabalhos de Atwater e colaboradores (1943), Lawton e Marks (1949), Renshaw, Templeton e Kiskadden (1946) e Cameron, Watson e Witts (1949).

Essa anemia deve ser tratada por transfusões de sangue ou administração de ferro, esta última indicação nos casos em que a diarreia não seja intensa.

Nos casos de diarreia intensa e de longa duração grandes déficits de sódio, potássio, cálcio, cloretos e bicarbonatos podem ser observados.

Lowdon (1953) observou uma queda no cálcio sanguíneo em 5 dos seus doentes; em 3 deles observou um espasmo carpo-pedal e nos dois outros uma tetania latente, demonstrada pelo sinal de Trousseau e pelo sinal de Chvostek.

Essas perturbações electrolíticas, sempre que possível, devem ser pesquisadas e bem interpretadas para que um adequado tratamento possa ser indicado.

O metabolismo proteico da maioria desses pacientes está muito alterado quer por uma inadequada alimentação quer por uma irregular digestão e incorreta absorção. Dada a pouca intensidade da diarreia apontada pelo nosso paciente n.º 3, verifica-se que a sua taxa de proteína bem como a relação albumina-globulina estavam dentro dos limites do normal.

Deficits de várias vitaminas podem ser observados. Lowdon relata 2 casos com deficiência de riboflavina e um com deficit de vitamina C e Atwater, Butt e Priestley (1943) observaram cegueira noturna, pelagra, valores baixos de vitamina C e taxas baixas de protrombina em alguns dos seus pacientes.

Diagnóstico diferencial: Num paciente com uma gastro-entero ou gastrectomia no seu passado, a perda de peso, caquexia e diarreia devem sugerir o diagnóstico de fistula gastro-jejuno-cólica, mesmo na ausência de vômitos e eructação fecaloide.

Não obstante, outras entidades morbidas devem ser afastadas como o cancer do estômago e colon, responsaveis por uma possível fistula gastro-cólica, a gastro-ileostomia inadvertida, a gastro-colo-anastomose e diarreias devidas a causas outras, afastadas ou confirmadas por um exame parasitológico e bacteriológico das fezes. Não se esquecer jamais do exame radiológico por enema e refeição opaca. Como bem afirmam Lahey Sedgwick e Marshall (1951) uma história cuidadosa e um bom exame radiológico geralmente conduzem a um diagnóstico acertado da fistula gastro-jejuno-cólica.

Tratamento pré-operatório: A maioria dos pacientes apresentam-se com um péssimo estado geral necessitando um preparo cuidadoso para que possam eles ser submetidos a uma operação, ainda que seja bem simples.

Impõe-se melhorar o estado nutritivo, corrigir as deficiências vitamínicas, normalisar o desequilíbrio hidro-electrolítico e melhorar a infecção do trato digestivo.

O desequilíbrio hidrico-electrolítico poderá ser normalizado com injeções endovenosas da solução de Hartmann como recomenda Lahey (1940), ou da solução de Ringer, como aconselha Illingworth (1954), alternando-a com o soro glicosado a 5 %. Nos casos de deficiência crônica de potássio é aconselhável fazer uma administração adicional, seja por via oral, 1 gr. de citrato de potássio cada 4 horas, seja por via venosa, uma solução de cloreto de potássio.

Para a normalização das proteínas recomenda-se o uso adequado de plasma e sangue. Nos casos de grande redução das proteínas no soro sanguíneo deve-se recorrer ao emprego da albumina do soro humano. As deficiências vitamínicas são corrigidas com doses adequadas de complexo B, vitamina C, vitamina K, etc.

A anemia é corrigida pela administração de sangue e também de ferro, cujo metabolismo está alterado segundo acentuam Rosenqvist e Sjöberg (1954) no seu trabalho. Com a determinação do hematócrito, contagem dos glóbulos vermelhos e dosagem da hemoglobina procuraremos controlar a quantidade de sangue a ser administrada.

Com um pré-operatório bem orientado conseguiremos baixar a mortalidade operatória, tanto que Coller (1939) e Gray e Sharpe (1941), assim procedendo, reduziram-na a 30 %, quando sabemos ser ela bem mais alta, Lahey e Swinton (1935) 63 %; Wilkie (1934) 40 %; Lawton e Marks (1949) 43 %; e Finsterer (1939) 38,4 %.

Para melhorar a infecção do trato digestivo sulfadiazina e estreptomina por via oral são aconselhadas por Illingworth e Lowdon. Com isso melhoraremos a jejunitis e portanto a diarreia, mas este resultado é temporário ou nem sempre obtido. Daí a necessidade de se indicar a operação, apesar da diarreia, quando motivos a impuserem.

Frileux (1954), baseado nos bons resultados obtidos em um caso, aconselha o tratamento pré-operatório com estreptomina (1 gr) por via intra muscular, sulfadiazina (6 gr) e aureomicina (1,5 gr) por via oral, cada um dos 3 dias que precedem a intervenção. Com isso, segundo sua opinião, obtêm-se os mesmos resultados fornecidos pela exclusão do colon direito e daí poder-se praticar uma intervenção num tempo único, ou em dois tempos como se verificou no nosso caso n.º 3.

Tratamento cirúrgico: O melhor tratamento da fístula gástrica seria o diagnóstico precoce e, portanto, a operação precoce dos casos de câncer do estômago e do colon transverso: seria o seu tratamento profilático. Do mesmo modo, operando os casos de úlcera péptica da boca anastomótica, uma vez estabelecido seu diagnóstico, nós estaríamos fazendo o tratamento profilático das fístulas gastro-jejuno-cólicas. No começo deste século quando apare-

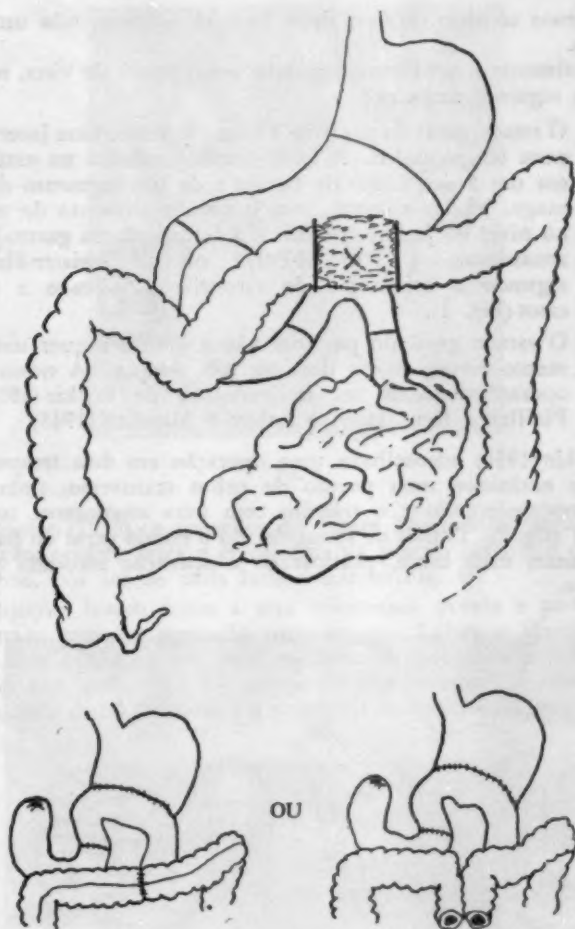


FIG. 1

ceram os primeiros casos de fistula gastro-jejuno-cólica, a operação de escolha consistia na excisão do trajeto fistuloso e da gastro-entero existente, com o restabelecimento de um transito normal pelo estômago, jejuno e colon. Na maioria dos casos havia reativação da úlcera duodenal.

Uma série grande de técnicas operatórias apareceu no período que vai de 1906 a 1934, procurando realizar, de um lado um tratamento mais radical da diatese ulcerosa, e, de outro, procurando diminuir a mortalidade operatória que era grande. Nos trabalhos de Lowdon (1953) e Chavaniatz (1907) encontrar-se-ão referências minu-

ciosas dessas técnicas, muitas delas hoje só apresentando um valor histórico.

Atualmente o problema, segundo nosso ponto de vista, se apresenta da seguinte maneira :

- 1.º) O estado geral do paciente é bom e permite uma intervenção num tempo único. A intervenção consistirá na extirpação em um único bloco da fístula e de um segmento do estômago, jejuno e colon, com o restabelecimento do trânsito ao nível do jejuno e colon e a feitura duma gastro-jejuno-anastomose a Reychel-Polya ou Hofmeister-Finsterer, segundo a orientação do cirurgião. Aplica-se a poucos casos (Fig. 1).
- 2.º) O estado geral do paciente não é bom e requer um tratamento cirúrgico em dois ou três tempos. A nosso ver 3 operações podem ser indicadas; a de Wilkie (1934), de Pfeiffer e Kent (1939) e Lahey e Marshall (1943).

Wilkie (1934) aconselhava uma operação em dois tempos. No primeiro excluía-se uma porção de colon transverso, próximo à úlcera, restabelecendo-se o trânsito com uma anastomose termino-terminal (fig. 2). Depois de restabelecido o estado geral do paciente, 2 a 3 meses mais tarde, praticava-se a operação indicada para o 1.º grupo.



FIG. 2

Pfeiffer e Kent (1939), reconhecendo que a jejunité e ileíte eram consequências da passagem do conteúdo do colon para o delgado através da fístula, propuzeram uma colostomia ao nível do colon direito, como 1.º tempo operatório (fig. 3). Depois de alguns meses, 2 a 3, a operação indicada para o 1.º grupo seria executada e a colostomia seria fechada algumas semanas mais tarde.

Pfeiffer, em 1941, relata o uso dessa técnica em 15 casos com uma única morte.

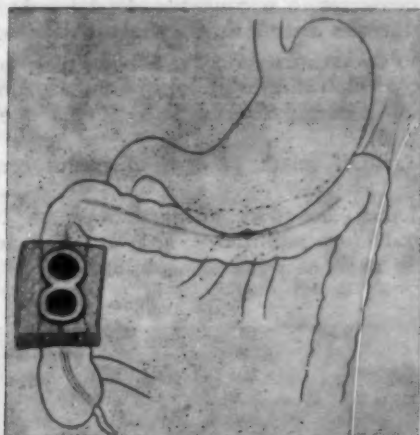


FIG. 3

Lowdon (1953), a conselho de James Learmonth, segundo sua afirmação, prefere fazer a colostomia na porção proximal do colon transverso, por ser de mais facil execução (Fig. 4).

Objecções foram feitas a essa colostomia prévia e procurando contorna-la temos a operação proposta por Lahey e Marshall, em 1943. Esta operação era uma melhora da proposta por Lahey e Swinton em 1935. No 1.º tempo o ileo terminal é dividido, a extremidade distal fechada, e a proximal anastomosada ao sigmoide.

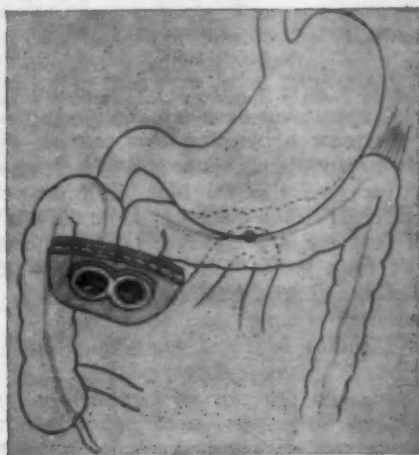


FIG. 4

Com este curto-circuito o conteúdo do delegado é lançado ao sigmoide e não torna a entrar no estômago e jejuno.

No 2.^o tempo operatorio, feito 2 a 3 meses mais tarde, resseca-se o ileo terminal e o colon direito até um ponto situado caudalmente à fístula e pratica-se uma gastrectomia, como na operação em um tempo único (fig. 5).

Em 1945 Marshall relata 14 casos operados com uma única morte.

Em 1951, Lahey, Sedgwick e Marshall e em 1951, Lahey e Sedgwick, em trabalhos publicados, continuam a aconselhar essa técnica, relatando os bons resultados obtidos.

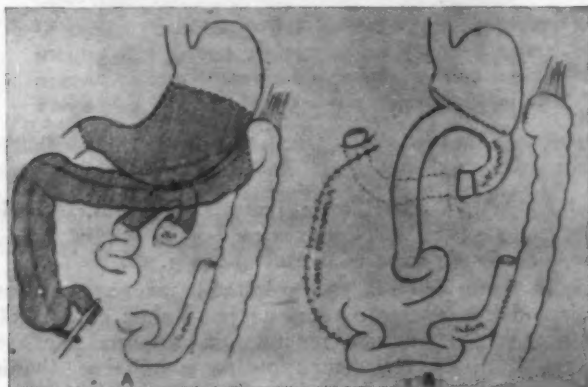


FIG. 5

Segundo Lowdon (1953) o desvio do trânsito ao nível do transverso não impede uma reativação da úlcera anastomótica, que pode perfurar em peritônio livre segundo verificou num caso. Assim sendo, o 2.^o tempo operatorio deve ser executado tão logo as condições gerais do paciente o permitam.

A sugestão feita por alguns autores de fazer a secção do vago em lugar da gastrectomia não foi bem acolhida pelos cirurgiões (Barber e Madden, 1947; Faxon e Schoch, 1949; Crile e Brown, 1951). Também não foi bem aceita a associação da vagotomia à ressecção gástrica, executada num tempo único ou em dois tempos.

Em casos especiais, como naqueles que embora gastrectomizados venham a apresentar novamente uma úlcera na boca anastomótica, achamos razoável a indicação duma vagotomia transtorácica, como aconselham Vaughn, Hollister e Lagorio (1949).

Foi a indicação feita por nós no caso n.^o 4.

Convém salientar, entretanto, o trabalho de Byrd (1951) que apresentou dois exemplos de fístula gastrojejunocólica após a res-

secção dos nervos vagos, ressecção esta feita para o tratamento de úlcera da boca anastomótica. O autor aconselha um follow-up cuidadoso de todos os casos de úlcera da boca anastomótica tratados pela vagotomia, visto que apesar da ausência de sintomas estas úlceras podem não se terem cicatrizado e evoluírem para uma fístula gastrojejunocólica.

RESUMO DAS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

CASO N.º 1

C. G. — Obs. n.º 1.601, Depto. Cirurgia da Escola Paulista de Medicina, 36 anos, brasileiro, masculino, pardo, solteiro, garçon. Procedência: S. Salvador. Bahia.

História: Dóres no epigástrico, regiões umbelical, ilíaca esquerda, e lombar esquerda há um ano.

Operado de úlcera do estômago em 1938, em Avaré. Após a operação diz ter ficado bom. Passou bem até Janeiro de 1944 quando sentiu-se mal repentinamente, com tonturas, escurecimento da vista, tendo de se deitar. Evacuou nesse dia, fezes como carvão e fétidas. Foi internado na Sta. Casa de Avaré. Depois de alguns dias começou a sentir náuseas e vomitar tudo que comia, sem digerir os alimentos, vômitos esses que abrandavam os sintomas. Nesta ocasião teve diarreia: fezes líquidas, claras, sem sangue, sem restos alimentares, sem catarro, sem puxos, com mau cheiro. Ficou internado 2 meses. Passou bem tendo apenas surtos de diarreia e eructações com cheiro de ovo choco. De 3 meses para cá vem tendo dóres, com evacuações por três dias seguidos, fezes pastosas, escuras como pó de café e evacuando restos alimentares. Apresentou ao mesmo tempo soluços, eructações com odor de ovo choco, náuseas e vômitos constituídos de toda alimentação ingerida. Nos últimos três meses refere ter emagrecido muito. Internado no Departamento de Cirurgia em 11-9-945.

Antecedentes: Nada digno de nota.

Exame físico: Estado geral satisfatório. Apresenta duas cicatrizes operatórias no abdome (uma paramediana e outra umbilico-púbiana).

Abdome: apresenta as regiões epigástrica, umbelical, fossa ilíaca esquerda e flanco esquerdo dolorosas à palpação. Transverso palpável ao nível da cicatriz umbelical somente a direita em virtude de dor que a palpação desperta no paciente à esquerda; é um cordão grosso e gargarejante.

Exames preoperatórios: Radiografia do estômago e duodeno: — “Provavelmente foi praticada somente uma antrectomia; existe um depósito de contraste muito sensível a pressão de natureza muito provavelmente ulcerosa se projetando na região da anastomose”.

Hematológico: G. V. 3.910.000; G. B. 6.000; Hb. 12,8g% 80%; V. G. 1,0; Ht. 40%.

Hemosedimentação, 1.^a hora: 488mm; Proteínas totais, 4,4 g%.

Fezes: negativo. Prova de Katsh-Kalk, Tipo de curva de hipercloridria.

Diagnóstico clínico: Úlcera péptica.

Operação: Degastrostomia com fechamento de fístula cólica e exteriorização do colon transverso, em 15-10-945.

Cirurgia: o Prof. Alípio Correa Netto. Auxiliares, Dr. G. Penteadó e Ac. Batistela.

Principais observações: Peça constituída pelo antro gástrico que se achava em continuidade com o jejuno. Ao nível da boca anastomótica uma úlcera, tamanho 3 cm de diâmetro, comunicando-se com o colon transverso.

Em 30-10-945 realizou-se a redução da alça exteriorizada.

Diagnóstico cirúrgico: Úlcera péptica posoperatória com fistula gastro-jejunocólica.

Evolução: Alta curado em 14-11-945. Estado geral bom.

Cicatrização per primam, sem complicações, a não ser serosidade na incisão pela qual se expusera o transverso.

CASO N.º 2

A. G. — Obs. n.º 900 P. C. Depto. Cirurgia da Escola Paulista de Medicina, 58 anos, hungara, feminina, branca, casada, prendas domésticas. S. Paulo.

História: — Dôr no epigástrico há 4 meses, acompanhada de tumoração no hipocondrio esquerdo e vômitos constantes. Vômitos precedidos de náuseas, 4 horas após às refeições, côr amarelo-esverdeado com restos alimentares. Ao mesmo tempo tinha fezes diarreicas, sem restos alimentares. Foi observando a existência de uma tumoração do tamanho de um ovo de galinha, situada no hipocondrio esquerdo, dolorosa à palpação. Ficou em tratamento por um tempo, não melhorando. Notava que a tumoração continuava a aumentar, com dôres de maior intensidade, caráter de queimação e cólicas, abrangendo o epigástrico, hipocondrio esquerdo e porção superior do flanco esquerdo. Ultimamente começou a apresentar eructações com odor fecal intenso; na mesma época apresentou cólicas em todo abdomen, náuseas e vômitos negros com odor fecal, sem restos alimentares. Assinala que o aspecto das fezes e dos vômitos era identico. Por esse motivo internou-se pelo Pronto Socorro no nosso Serviço.

Antecedentes: Nada digno de nota.

Exame físico: Estado geral abatido. Facies atípicas.

Abdomen: tumoração de forma ovalada no hipocondrio esquerdo ocupando o rebordo costal esquerdo, estendendo-se caudalmente cerca de três dedos transversos. Superfície dura, nodular; móvel com a respiração, muito dolorosa à palpação. Na metade esquerda do hipogástrico palpa-se cerca de 10 formações tumorais, duras, indolores, deslizando sob a pele, tamanho de azeitonas cada uma.

Exames preoperatórios: Hematológico, em 11-3-955: G. V. 3.316.000; G. B. 5.860; Hb. 10, 1 g% 67%; V. G. 1,02; Hemossedimentação — 1.^a hora, 22mm 2.^a hora, 48mm. Proteinemia, em 12-3-955: proteínas totais, 5,793; serinas, 3,484; globulinas, 2,309; Relação S/G — 1,51.

Radiografia do estômago e duodeno: Processo infiltrativo do estômago em seu terço distal. Katsh-Kalk: — retirados lentamente 100 cc de um líquido escuro mais ou menos pastoso, com forte cheiro fecal. Introduzida a refeição de prova (300 cc). 10 minutos após foi tentada a retirada de líquido para o 1.º tubo, sem se conseguir. Após 30 min. sem resultado foi retirada a sonda. Foi feito exame microscópico revelando material fecal visível característico.

Radiografia do estômago: Corpo gástrico; acentuada infiltração de aspecto neoplásico em todo corpo gástrico. Grande fistula gastro-cólica na grande curvatura e colon transversos. Cultura para bacilo Coli, positivo.

Gastroscopia: Prova interrompida, devido ao líquido de lavagem do estômago apresentar-se de côr escura e cheiro fecal, após repetidas lavagens.

Diagnóstico clínico: — Fistula gastro-cólica por cancer.

Operação: — Gastrectomia sub-total, ampliada, colectomia transversa, esplenectomia e extirpiação das extremidades cólicas. Em 24/3/955.

Cirurgião, Dr. Edison de Oliveira.

Auxiliares, Dr. Paolera, Ddo. Awad e Ac. Gilberto.

Principais observações: Tumor do tamanho aproximado de uma laranja Baía que tomava o antro, mesocolon transversos e colon transversos, consistência dura e nodular, perfurado no colon transversos, formando uma fistula gastro-cólica com um diâmetro de cerca de 3 cm.

Exames posoperatórios: Resultado do exame microscópico:

- 1) Carcinoma glandular sólido ulcerado secundariamente inflamado do estômago e propagado ao intestino.
- 2) Metastase em ganglio linfático.
- 3) Esplenite crônica.

Evolução: Paciente faleceu em 27-3-955. Não poudeser feita a autópsia para determinar a causa mortis.

CASO N.º 3

J. G. — Observ. recente, Depto. Cirurgia Escola Paulista de Medicina, 26 anos, brasileiro, masculino, branco, casado, lavrador, Procedência: Urupês, Est. de S. Paulo.

História: Dóres no epigástrio há 14 anos, caráter de peso acompanhada de náuseas e vômitos, queimação retro-esternal. Frequentes após as refeições. Apresentou sialorreia intensa. Neste período apresentava fezes com caracteres normais. Permaneceu com esta sintomatologia durante 5 meses quando foi operado em Araraquara não sabendo o paciente informar o tipo de operação realizada.

Passou bem durante 11 anos engordando progressivamente pois tinha emagrecido no período de sua moléstia. De 2 anos para cá instalou-se novo quadro de dóres na região epigástrica e abaixo do rebordo costal D, acalmando-se após as refeições, caráter não definido, fraca intensidade. Esta dor aparecia nas primeiras horas da madrugada, durante o sono, melhorando ao ingerir alimentos, em especial o leite.

Refere períodos de acalmia de 1-3 meses. Retornaram os vômitos e a sialorreia.

Há 9 meses começou a apresentar fezes diarreicas, cor amarelada, às vezes com estrias de sangue e catarro, com restos alimentares reconhecíveis, principalmente o macarrão, verduras, arroz e feijão valendo a expressão do doente que conforme se alimentava assim eliminava. Nega odor fecal ou vômitos fecaloides. Emagreceu 6 Kgs. no período de 9 meses.

Em 5 — Jan. — 1955 teve fraqueza, acompanhada de tonturas e escurecimento da vista, submeteu-se a tratamento médico. Nega hematemeses e melena. Submeteu-se a exame hematológico qu acusou: — (Relatório apresentado pelo paciente) Eritrocitos — 2.100.000 Hb. 4,4 g% 27% — V. G. 0,6 Ht. 17%.

Foi tratado com transfusão de sangue.

Novo exame hematológico em 26-1-955 constatou-se que estava dentro dos valores normais.

Com esta história deu entrada na nossa Enfermaria.

Antecedentes: Nada digno de nota.

Exame físico: Estado geral bom.

Peso anterior, há 2 anos — 70 Kgs.

Peso atual, — 48 Kgs.

O restante nada digno de nota.

Exames preoperatórios: Relatório do exame radiológico realizado em 21 — Junho — 1955; antes do paciente dar entrada na Enfermaria.

Fístula gastro-cólica. Estenose da primeira porção duodenal. Não foi possível determinar a etiologia porque a dilatação do estômago e do bulbo impediram o exame radiológico do arco duodenal. Trânsito acelerado no colon esquerdo. Estase gástrica.

Em 2-7-955 foi feito novo exame radiológico com enema baritado tendo o radiologista apresentado o seguinte relatório: — "Dilatação do reto e alongamento do reto e colon sigmoide. Passagem de contraste para o jejuno sem

que tivesse cheio o íleo terminal, provavelmente por fistula jejuno-cólica. Pedimos o doente para exame do estômago."

Em 11-7-955, repetido o exame radiológico com refeição opaca. Relatório: — "Nota-se um trajeto fistuloso ao nível do terço superior da grande curvatura, havendo repleção de alça cólica."

Conclusão: Fistula gastro-jejuno-cólica."

Em 29-6-955, dosagem das proteínas totais no soro: 66,2g%.

Hematológico, em 30-6-955: G. V. 4.710.000 G. B. 5.714 Hb. 14,1g — 88% V. G. 1,0.

Gastrosκόpia, em 2-6-955: Resultado, Físula gastro-jejuno-cólica.

Dosagens no soro sanguíneo, em 5-6-955: — Serinas, 36,5g% — Globulinas, 20,5g%. — Proteínas totais, 57,0g%. — Relação S/G, 1,78.

Hematócrito: — 27-7-955: Plasma, 61,4%. Globulos, 38,6%.

Prova funcional da digestão, em 13-7-955.

Conclusão: a) Flora em equilíbrio; b) Deficiência digestiva das fibras musculares e deficiência na absorção de ácidos graxos, aumento de sabões (enterite); c) Sinais de irritação ou lesão da mucosa.

Diagnóstico clínico: Fistula gastrojejuncólica, com enterite.

Operação: Gastrectomia sub-total, jejuno-jejuno anastomose, colonrrafia, colostomia transversa. Em 15-7-955.

Cirurgião, Dr. Edison de Oliveira.

Auxiliares, Drs. Werneck e Saul, Ddo. Awad.

Diagnóstico cirúrgico: Fistula gastrojejuncólica.

Principais observações: Trajeto fistuloso entre o jejuno e o colon, numa gastro-enteroanastomose transmesocólica.

Exames posoperatórios: Radiografia do estômago e boca anastomótica: Em 6-8-955: Boca anastomótica funcionando bem, alça jejunal aferente enchendo bem. Não se evidenciou a alça aferente.

Enema baritado, em 11-8-955: — Aspecto radiológico normal dos segmentos examinados.

Fechamento da colostomia, em 18-8-955.

Evolução: Boa, sem complicações. Alta em boas condições em 28-8-955.

Curado. Engordou 8 Kgs.

CASO N.º 4

A. S. C. — Clínica Particular (E. O.) — 49 anos, brasileira, feminina, casada. São Paulo.

História: Refere que fora operada em 1940 de uma úlcera do duodeno, (gastrectomia parcial). Cinco anos mais tarde tirou uma radiografia que acusou uma úlcera péptica da boca anastomótica tendo feito tratamento até 1948, quando foi operada de urgência pelo mesmo cirurgião, devido perfuração da úlcera. A operação desta vez restringiu-se ao fechamento da perfuração. Passou bem durante 2 meses, tendo piorado em seguida.

Submeteu-se a novo exame que revelou nova úlcera. Passou mal até há um ano quando piorou muito aparecendo diarreia e notando alimentos não digeridos nas fezes. Ao mesmo tempo emagrecimento e debilidade intensa, não podendo se locomover. Como não melhorasse da sua sintomatologia, resolveu procurar o nosso Serviço em 3-10-1951.

Antecedentes: Nada digno de nota.

Exame físico: Estado geral péssimo. Emagrecimento e desidratação intensa.

Exames preoperatórios: Duas chapas radiográficas que acusaram fistulas gastro jejuno cólica.

Diagnóstico clínico: Fistula gastrojejunocólica.

Operação: Foi indicada uma Degastrostomia e Vagectomia, mas a paciente não aceitou a indicação cirúrgica pois que não mais voltou a nos consultar.

SUMÁRIO

Os autores apresentam um estudo sobre fistula gastro-jejuno-cólica e fistula gastrocólica, abrangendo o histórico, a incidência, a etiologia, a sintomatologia, a anatomia-patológica, e o diagnóstico.

Divulgam a importância do tratamento pré-operatório e posoperatório. Estudam os fatores que determinam a moléstia, analisando e salientando as várias técnicas aplicáveis no tratamento cirúrgico.

Apresentam três casos de fistula gastro-jejuno-cólica e um caso de fistula gastro-cólica, que são discutidos e documentados.

SUMMARY

The authors present a study of gastrojejuno-colic fistula and gastro-colic fistula, including a review of the literature, the incidence, the etiology, the symptomatology and the diagnosis.

They studied the importance of the pre-operative and the post-operative treatment. The causes of the disease are studied and the different surgical techniques are analyzed.

Three cases of gastrojejunocolic fistula and one case of gastro-colic fistula are presented, discussed and illustrated.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN (A. W.) (1937) — *Aseptic technic applicable to gastrojejunocolic fistula*. Surgery 1:338-348.
- ATWATER (J. S.); BUTT (H. R.); PRIESTLEY (J. T.) (1943) — *Gastrojejunocolic fistulae, with special reference to associated nutritional deficiencies and certain surgical aspects*. Ann. Surg. 117:414-426.
- BARBER, (R. F.); MADDEN, J. L. (1947) — *Surgical management of gastrojejunocolic fistulas*. Surgery 22:657-670.
- BARGEN (J. A.); KERR (J. G.); HAUSNER (E. P.); WEBER (H. M.) (1937) — *Rare complications of chronic ulcerative colitis, colonic intussusception, colo-jejunogastric fistula*. Proc. Staff. Meet., Mayo Clin. 12:385-391. June.
- BARLING (G.) (1917) — Brit. J. Surg. 5:343 (Em Lowdon, 1953).
- BOLTON (C.); TROTTER (W) (1930) — *Jejunocolic fistula*. Brit. Med. J. 1:757.
- BORNSTEIN (M.); WEINSHIEL (L. R.) (1941) — *Gastrojejunocolic fistula: collective review*. Int. Abs. Surg. 72:459-465.
- BOUVERET, (1896) §
- BRAUN, (1899) — (Em Walters e Clagett, 1939).
- BYRD (B. F.) (1951) — *Gastrojejunocolic fistula following vagotomy for marginal ulcer*. Gastroenterology 71:431.

- CAMERON (D. G.); WATSON (G. M.); WITTS (L. J.) (1949) — *Blood* 4:793 (Em Lowdon, 1953).
- CANUET (R. Le) (1954) — *L'Estomac*. Paris. Masson et cie. pag. 74.
- CHARRIER (J.) (1954) — *L'Estomac*. Paris. Masson et Cie. pag. 80.
- CHAVANNAZ (G.) (1907) — *Des fistules gastro-coliques*. Rev. de Gyn. 11:257-328. Avril.
- CIVIDALI, (1920) § Policlinico (Sez. Chir.) p. 301 Oct.
- COLLER (F. A.) (1939) — *Ann. Surg* 110:659 (Em Lowdon (1953).
- COLUCCI (C.) (1933) — *Contributo alla diagnosi ed al trattamento delle fistole gastrocoliche*. Il Policlinico 40: 439-446. (Sez. Chirurg.).
- CORACHAN (M.) (1945) — *Cirurgia Gastrica*. Salvat Ed. Barcelona — Buenos Aires. v. 2 pag. 605.
- CRILE (G.); BROW (G. G.) (1951) — *Gastroenterology* 17:14 (Em Lowdon, 1953).
- CZERNY (V); SIMON (O.); ARNSPERGER, (1903) — *Beitr. klin. Chir.* 39: supp. H, 99 (Em Lowdon, 1953).
- DICKSON, (1928) §.
- FAXON (H. H.); SCHOCH (W. G.) (1949) — *Gastrojejunal fistula: Review of nine cases with use of vagus resection as part of operative procedure in one*. N. E. J. Med. 240:81-87. Jan.
- FINSTERER (H.) (1939) — *Results of repeated operations upon the stomach especially for gastrojejunal ulcers*. Surg. Gyn. Obs. 68:334-346. Feb.
- FRILEX (C.) (1954) — *L'Estomac*. Paris. Masson et Cie. pag. 91.
- GRAY (H. K.); SHARP (W. S.) (1941) — *Preoperative management of gastro-jejunal fistula*. Arch. Surg. 43:850-857.
- HALLER, (1755) (Em Walters e Clagett, 1939).
- HAMANN (C. A.) (1915) — *Trans. Amer. Surg. Ass.* 33:358 (Em Lowdon — 1953).
- HENTSCHHEL, (1894) §.
- HEPP (J.) (1954) — *L'Estomac*. Paris. Masson et Cie. pag. 88.
- ILLINGWORTH (C. F. W.) (1954) — *Peptic ulcer*. Livingstone Ltd. Edinburgh — London.
- JANSSON, (1928) § *Acta radiol. Scand.* n. 47 Fev.
- JUDD (E. S.); HOERNER (M. T.) (1935) — *Jejunal ulcer*. *Ann. Surg.* 102:1003-1018 Dec.
- KELLY (R. E.) (1939) — *Recurrent peptic ulceration*. *Lancet* 236:1 1-5. Jan-Mar.
- KOCH, (1903) §.
- KUTTNER, (1926) §.
- LAHEY (F. H.); SWINTON (N. W.) (1935) — *Gastrojejunal ulcer and gastrojejunal fistula*. Surg. Gyn. Obs. 61:599.
- LAHEY (F. H.) (1936) — *Amer. J. Dig. Dis.* 2:673. (Em Lowdon, 1953).
- LAHEY (F. H.) (1940) — *Diagnosis and management of gastrojejunal ulcer and gastrojejunal fistula*. S. Clin. N. A. 20:767.
- LAHEY (F. H.); MARSHALL (S. F.) (1943) — *The surgical management of some of the more complicated problems of peptic ulcer*. Surg. Gyn. Obs. 76:641.
- LAHEY (F. H.); SEDGWICK (C. E.); MARSHALL (S. F.) (1951) — *Surgical practice of the Lahey Clinic*. Saunders, Philadelphia-London. pag. 313.
- LAHEY (F. H.); SEDGWICK (C. E.) (1951) — *Peptic ulcer*. Saunders, Philadelphia-London. pag. 602.
- LLWTON (S. E.); MARKS (A. R.) (1949) — *Arch. Surg., Chicago*, 58:762 (Em Lowdon 1954).
- LOEWY (G.) (1921) Citado por Verbrugge (J.) (1925).
- LOEWY (G.) (1939) — *A propos de 5 observations de fistules gastrojejunocoliques*.

- Operation en deux temps. Technique chirurgicale. Jour. Chir. 53:30-48. Jan-Juin.
- LOWDON (A. G. R.) (1953 — *Gastrojejúnocolic fistula*. Brit. J. Surg. 41:113-128. Sept.
- MARSHALL (S. F.) (1945) — Ann. Surg. 121:620 (Em Lowdon, 1953).
- MURCHINSON, (1857) §.
- OLIVEIRA (M. R. de) (1953) — *Gastroileostomia inadvertida*. Tese. S. Paulo.
- PFEIFFER (D. B.); KENT (E. M.) (1939) — *The value of preliminary colostomy in the correction of gastrojejúnocolic fistulae*. Ann. Surg. 110:659-668.
- PFEIFFER (D. B.) (1941) — *The surgical treatment of gastrojejúnocolic fistulae*. Surg. Gyn. Obs. 72:282-289.
- PRATT (G.P.) (1923) — *Gastrocolic fistula*. Ann. Surg. 77:433-437. April.
- RANSOM (H. K.) (1945) — *Surgery* 18:177 (Em Lowdon, 1953).
- RENSHAW (R. J. F.); TEMPLETON (F. E.); KISKADDEN (R. M.) (1946) — *Gastroenterology* 7:511. (Em Lowdon, 1953).
- RICHARDSON (J. E.) (1953) — *A gastrojejúnocolic fistula persisting for eight years without symptoms*. Brit. J. Surg. 40:398.
- RIFE (C. S.) (1938) — Amer. J. Surg. 40:73 (Em Lowdon, 1953).
- ROSENQVIST (H.) (1954) — Nord. Med. 51:730 (Em Rosenqvist e Sjöberg, 1954).
- ROSENQVIST (H.); SJÖBERG (S. G.) (1954) — *Gastrojejúnocolic fistula*. Gastroenterologia 82:285-299.
- SAVIGNAC (R.) (1924) — *Les fistules gastro-coliques*. Paris Méd. LIII:37-44. Juil.
- UNRUH, (1899) §.
- VAUGHN (A. M.); HOLLISTER (L. C.); LACORIO (F. A.) (1949) — *Gastrojejúnocolic fistula*. Amer. J. Surg. 78:99-106. July.
- VERBRUGGE (J.) (1925) — *Gastrojejúnocolic fistulas*. Arch. Surg. 11:790-808. Nov. (Em Walters e Clagett, 1939).
- WALTERS (W.); CLAGETT (O. T.) (1939) — *Gastrojejúnocolic ulcer and fistula*. Am. J. Surg. 46:94-102. Oct.
- WILKIE (D. P. D.) (1934) — *Jejunal ulcer. Some observations on its complications and their treatment*. Ann Surg. 99:401-409. March.
- WRIGHT (G.) (1935) — Brit. J. Surg. 22:433 (Em Lowdon, 1953).
- ZWEIG, (1900) — (Em Walters e Clagett, 1939).

NOTAS Todas as citações com o sinal § foram extraídas da *Encyclp. Med. Chirurg.* (Estomac-Intestin: Fistules gastriques, par MIALARET (J.); 9031. p. 1-3) 18, rue Séguier. Paris.

METROLINA

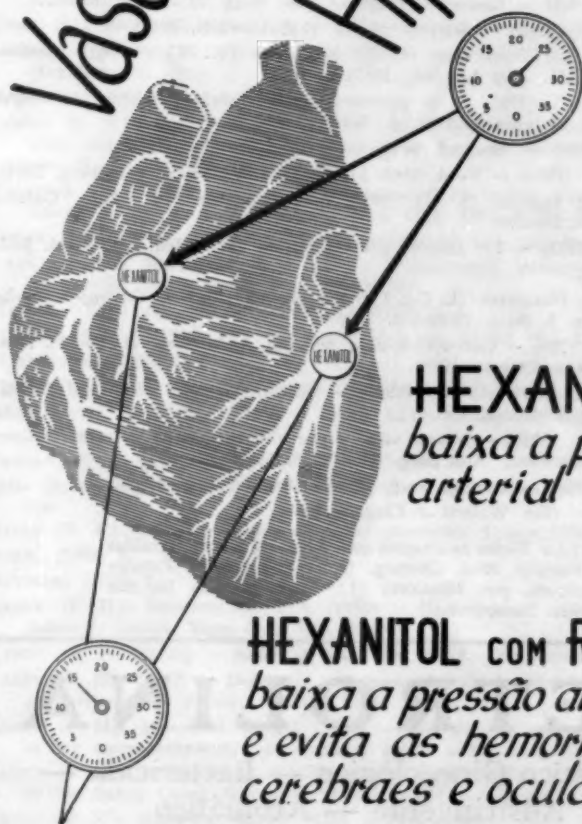
Antissético Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático

★

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO
HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161
SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

Vaso-dilatadores Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL COM RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 10 de outubro de 1955

Presidente: *Edwin B. Montenegro*

Hipertensão portal. David Rosenberg. — Hipertensão portal é uma síndrome na qual se observa elevação, às vezes considerável, da pressão no sistema portal, o que pode ser verificado por punção percutânea do baço ou no ato cirúrgico, por punção da veia ou de algum ramo colateral. Manifestações clínicas freqüentes são as hemorragias gastrintestinais, geralmente o primeiro sinal de descompensação. No exame físico destacam-se a esplenomegalia e, na fase mais avançada, a ascite. Os exames subsidiários revelam grau mais ou menos acentuado de deficiência das funções hepáticas e o quadro hemático periférico e o mielograma revelam hiperesplenismo, afetando sobretudo o setor neutrófilo. A radiografia do esôfago e a esofagoscopia revelam, nos terços médio e inferior, varizes cuja rotura, na opinião quase unâni-

me (salvo Maffei), é a responsável pelas vultosas hematemeses, principal causa da elevada mortalidade e do sombrio prognóstico desta síndrome. Determinada, às vezes, por um obstáculo extra-hepático, a causa determinante na maioria dos casos é a cirrose hepática, ora tipo Laennec, ora pós-necrótica e, entre nós, mais freqüentemente, a cirrose esquistossomótica. O dado objetivo sobre a permeabilidade de uma anastomose espleno-renal verificável no ato cirúrgico é a queda apreciável da pressão portal em relação ao valor encontrado antes da anastomose, sua elevação quando se comprime a anastomose e nova queda à compressão. No pós-operatório tardio, o desaparecimento das varizes esofágicas verificadas radiologicamente e por esofagoscopia (sua presença não fala contra a permeabilidade da anastomose), a

RUBROMALT*Extrato de malte**Com as Vitaminas B₁₂, A e D**Complexo B, Extrato de Fígado,**Aminoácidos e Minerais.***INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.**

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

medida da pressão portal nas varizes esofágicas feita durante a esofagoscopia e comparada com medidas feitas antes da operação, a ausência de recidivas de hemorragias gastrintestinais, que eram observadas antes da operação (este dado clínico só tem valor quando a observação é suficiente prolongada, por exemplo 2 a 3 anos). É sabido que a anastomose porto-cava direta látero-lateral deriva só parte do sangue portal, desde que a circulação portal intra-hepática não esteja completamente bloqueada. Ora, a anastomose espleno-renal pode ser considerada como uma anastomose porto-cava látero-lateral feita com grande enxerto autógeno representado pelas veias esplênica e renal; deriva, portanto, somente parte do sangue portal, desde que haja circulação portal intra-hepática. Aos critérios já referidos a propósito da permeabilidade da anastomose espleno-renal no ato cirúrgico e no pós-operatório tardio, poderemos acrescentar: a) medida da pressão portal por punção percutânea do baço, comparada com medida idêntica pré-operatória; b) esplenoportografia pós-operatória mostrando passagem de contraste para a veia cava. Em 3 de nossos casos a esplenoportografia indicava um obstáculo extra-hepático. Um dos casos foi confirmado no ato cirúrgico, notando-se fibrose da veia porta, que impossibilitou a anastomose porto-cava; foi feita esplenectomia. Nos outros dois casos foi feita esplenectomia + anastomose esplenorenal. Durante a operação, ao se fazer a abertura da veia porta para a anastomose porto-cva foi notada a existência de um trombo obstruindo parcialmente a luz do vaso em 3 casos; foi possível, em todos eles, retirar parcialmente o trombo e completar a anastomose (estão todos bem). Desde 1935, fizemos 33 esplenectomias e 12 anastomoses venosas por hipertensão portal. Dos 33 esplenectomizados, 3 morreram, por uma violenta hematose em consequência de ruptura de varizes esofágicas (confirmada por autópsia) no 3.º dia pós-operatório, um por diátese hemorrágica no 2.º dia e um por trombose mesentérica no 17.º dia. Desses 33 casos, houve recidiva de hemorragia gastrintesti-

nal em 3: o que faleceu, outro internado e operado no Hospital das Clínicas de São Paulo e o terceiro por nós operado de anastomose porto-cava (atualmente passa bem). A anastomose espleno-renal foi feita em 2 casos: um deles teve hematose e melena no pós-operatório imediato, que não mais se repetiu. A anastomose porto-cava foi feita em 10 casos, com 4 mortes, todas por coma hepático. Os sobreviventes estão bem, não tendo havido recidiva de hemorragia em nenhum deles. Nunca empregamos a ligadura da artéria hepática, associada ou não à ligadura da artéria esplênica, no tratamento da hipertensão portal; os trabalhos publicados a respeito mostram que essa operação tem elevada mortalidade (sendo frequente a necrose do fígado) e praticamente não impede o reaparecimento de hemorragias gastrintestinais; referem os autores que usaram esta operação, uma melhora ou mesmo desaparecimento da ascite. Não usamos, em qualquer caso, a ligadura da artéria esplênica; temos-la usado associada à anastomose porto-cava nos casos de hipertensão portal com hiperesplenismo, como veremos. Achamo-la indicada e propomos seu uso nos casos em que, por dificuldades locais, não se consegue fazer a anastomose porto-cava. Isto nos ocorreu em 2 casos: num, o sangramento durante o descolamento do duodeno foi tão grande que nos fez recuar estrategicamente, lembrando dos casos de Linton e Marion, que perderam vários doentes em condições idênticas; o outro caso foi o de fibrose da veia porta. Em ambos os casos prolongamos a incisão e fizemos a esplenectomia e, num segundo tempo, se fosse necessário fazer esplenectomia + anastomose espleno-renal. Achamos que, nos casos de hemorragias incontroláveis, não estaria indicada a ressecção do esôfago, do estômago e reconstituição do trânsito por plástica com cólon. Em primeiro lugar, por ser um processo muito radical e que não age sobre a causa da moléstia, não melhorando em nada a hipertensão portal; Crile compara esta operação sem a plástica do cólon, com a amputação do reto por hemorroidas. Usamos, nos casos de hematose, o tamponamento pelo balão

AMPÔLAS prontas para injeção imediata

ACECOLINE

4 DOSAGENS : 0,02 g. 0,05 g. 0,10 g. 0,20 g.

ACECOLINE PAPAVERINA

2 DOSAGENS

Cloreto de Acetilcolina ... 0,10 g.

Cloreto de Acetilcolina 0,20 g.

Fenilglicolato de Papaverina 0,05 g.

Fenilglicolato de Papaverina 0,05 g.

- **HIPERTENSÃO** •
- **ANGIOESPASMOS CEREBRAIS** •
- **ESPASMOS VASCULARES NAS**
TROMBOSES E EMBOLIAS •
- **ARTERITES** •

HYPOTAN



HYPOTAN PAPAVERINA

DRÁGEAS

Fabricado no Brasil com licença especial dos Lab. Lematte e Boillot, Paris, França
pelos LABORÁTORIOS ENILA S. A. - Rua Riachuelo, 242 - C. P. 484 - Rio
FILIAIS: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO - RUA GUARANI, 135 - BELO HORIZONTE
AV. INDEPENDÊNCIA, 514 - PORTO ALEGRE
AGÊNCIAS E DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS

hidrostático e, num caso em que este processo falhou, fizemos a esofagotomia com a sutura das varizes e, como as condições da paciente permitiam, prolongamos a incisão, transformando a via torácica esquerda em via tóraco-abdominal, e fizemos a esplenectomia. O resultado foi muito bom. Existem grandes variações de pressão venosa nos membros inferiores, nos superiores e na veia porta, nos casos de hipertensão portal. Encontramos, na porta, variações de pressão de 200 a 600 mm H₂O. Na veia cava, por medida direta, observamos valores de 40, 60, 80, 140 e 160 mm H₂O. Não temos dado de pressão nos membros superiores. Nos casos de hipertensão portal com hematemese mais hiperesplenismo, nos quais o tratamento dietético consegue melhora do estado geral e das funções hepáticas, verificadas sobretudo pela elevação da taxa de seri-

nas, modificações dos testes de Hanger e Takata-Ara, casos sem bilirrubinemia elevada e sem ascite, fizemos a anastomose porto-cava mais ligadura da artéria esplênica por via tóraco-abdominal direita, transdiafragmática. Em 3 casos em que fizemos só a anastomose porto-cava verificamos a persistência do hiperesplenismo pelo exame do sangue periférico e por mielograma (2 casos operados há cerca de 2 anos). Nos casos que não apresentam hematemese e a esplenoportografia mostra trombose da veia porta, indicamos a esplenectomia + anastomose eseno-renal quando a medida da pressão portal após esplenectomia for superior a 180 mm H₂O. Nos pacientes que não têm hematemese e naqueles casos em que, apesar do tratamento médico, não há melhora verificada pelas provas de função hepática, fazemos só a esplenectomia.

Sessão em 30 de novembro de 1955

SIMPÓSIO SOBRE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Presidente: Edwin B. Montenegro

Cirurgia cardiovascular. Considerações clínicas. A. Carvalho Azevedo (Rio de Janeiro). — *Crítério de indicação cirúrgica no canal arterial em relação à idade* — Havendo indicação para o tratamento cirúrgico, este pode e deve ser feito em qualquer idade, dos primeiros dias de vida à idade adulta. Em relação à idade ótima, ela é habitualmente situada entre os 3 e os 10 anos, mas, a nosso ver, uma vez diagnosticado o canal numa criança, não há razão para retardar a operação. É preciso ter-se em mente que o portador do canal arterial corre vários riscos: a) a infecção bacteriana subaguda do próprio canal; b) a progressiva sobrecarga e eventual insuficiência ventricular esquerda; c) a possibilidade de se processar o aumento progressivo da pressão pulmonar, com modificações orgânicas do leito vascular do pulmão. Se levarmos em conta a quase completa ausência de acidentes nesta cirurgia e, por outro lado, os riscos acima mencionados, é fácil compre-

ender que, quanto mais cedo for corrigido esse defeito, melhor para o paciente. Uma possibilidade que tem sido repetidamente mencionada é que os casos de canal arterial com hipertensão pulmonar deveriam ter sido operados antes que essa hipertensão se estabilizasse. Este é mais um argumento para não se esperar que um paciente com canal arterial apresente sintomas para, então, decidir sobre a operação. A cirurgia deve ser feita em toda a criança, sintomática ou não, portadora desta malformação. Já no adulto, acima dos 40 anos, se identificado um canal arterial permeável e sem assintomático e sem sinais de sobrecarga cardiovascular, a nossa tendência é não operar.

Crítério de indicação cirúrgica nos casos de persistência do canal arterial (PCA) com hipertensão pulmonar — É necessário, inicialmente, precisar e limitar a questão, isto porque a pergunta feita, queremos crer, diz

RINOGOTAS

ANTISSÉPTICO E DESCONGESTIONANTE NASAL

NEOMICINA

pH. ADEQUADO

EFEDRINA



Rinogotas possui pH adequado, ligeiramente ácido, (5,5) o que, segundo FABRICANT, é fator de extraordinária importância prática e assegura o máximo de atividade no tratamento de infecções da mucosa nasal.

RINITES AGUDAS E CRÔNICAS.

CORIZA GRIPAL.

SINUSITES.

Instilar 5 gotas em cada narina, de 4 em 4 horas.



LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

respeito a determinado aspecto da hipertensão pulmonar, àqueles casos do PCA em que existe grande elevação da pressão pulmonar atingindo cifras iguais ou superiores às aórticas e com shunt veno-arterial permanente ou predominante. Nos casos de PCA com hipertensão pulmonar, mas com shunt arteriovenoso permanente ou predominante, todos estamos acordes em indicar a cirurgia. Nos casos de PCA com hipertensão pulmonar e shunt veno-arterial é possível, como fez R. F. Ziegler, separar dois grupos clínicos e fisiopatológicos bem distintos: a) Hipertensão pulmonar por grande aumento de fluxo pulmonar, grande shunt arteriovenoso, levando a sobrecarga ventricular esquerda, insuficiência ventricular esquerda, hipertensão venosa pulmonar e ainda maior hipertensão pulmonar; cria-se um círculo vicioso com progressiva elevação da pressão pulmonar e inversão do shunt; b) Hipertensão pulmonar por grande aumento da resistência arteriolar pulmonar; neste grupo há uma resistência pulmonar aumentada, freqüentemente por padrão fetal arteriolar e, posteriormente, por espessamento da íntima superajuntado, acarretando sobrecarga ventricular direita e fluxo pulmonar diminuído ou normal. Há, clinicamente, dados que permitem diferenciar esses dois grupos: no grupo *a* há freqüentemente um ruflar diastólico de ponta por estenose mitral relativa, por aumento de fluxo; os campos pulmonares são congestos, "sujos", com grande aumento vascular hilar e periférico; por fim, a pressão "capilar" está aumentada; no grupo *b* os campos pulmonares são claros, assim como a periferia, a dilatação é dos hilos e a pressão "capilar" pulmonar está normal. No primeiro grupo, em que a hipertensão é devida a aumento do fluxo, a cirurgia está indicada, havendo completa regressão da hipertensão depois de ligado o canal. No segundo grupo, se o shunt pelo canal for predominantemente arteriovenoso, pode-se indicar a cirurgia; se for veno-arterial, predominantemente, e se inverter com a respiração de oxigênio, a operação pode ser feita. A cirurgia está contra-indicada nos casos do segundo

grupo em que o shunt é só ou predominantemente veno-arterial e quando, mesmo com a respiração de oxigênio, ele não se inverte. Ewards e Becu, na Clínica Mayo, fizeram estudos demonstrando que mesmo o aspecto arteriolar fetal é regressível, o que nos dá esperança de que, no futuro, mesmo os casos de hipertensão pulmonar com shunt veno-arterial permanente venham a ser operados, desde que se consiga manter o miocárdio ventricular direito até se processar a regressão da resistência arteriolar pulmonar.

Critério de indicação cirúrgica nos pacientes com comunicação interauricular (CIA) A cirurgia das CIA deve, no momento, ser restrita àqueles casos com sintomatologia ou incapacidade cardiovascular e que apresentem sinais hemodinâmicos de grande shunt arteriovenoso. As CIA puras, com grande hipertensão pulmonar e shunt veno-arterial predominante não devem ser operadas, pois a experiência mundial tem demonstrado o grande risco da cirurgia nesses casos; nós mesmos tivemos recentemente uma paciente com CIA e grande hipertensão, em que, como a pressão pulmonar baixasse e o shunt se tornasse predominantemente arteriovenoso após a injeção de Priscol, a cirurgia foi indicada; ela faleceu na mesa, durante a anestesia. Ponto de máxima importância em relação à cirurgia nas CIA é ter-se em mente que há três grupos de CIA distintos anatômicamente, distintos no seu comportamento hemodinâmico e distintos quanto aos problemas cirúrgicos envolvidos. As CIA podem ser localizar: *a)* ao nível do forame oval; é o tipo mais comum e de cirurgia mais fácil; *b)* abaixo do forame oval, no local do septum primum; são os casos de atrioventricularis communis total ou parcial, em que, sabidamente, a cirurgia é mais difícil; o defeito se localiza na parte baixa do septo, logo acima das válvulas auriculoventriculares e pode apresentar um quadro clínico e hemodinâmico sugestivo; *c)* acima do forame oval; este é um grupo de CIA que, embora descrito em textos antigos, não tem sido referido nos livros e trabalhos recentes da especialidade. Temos

um exemplo dessa variedade em nosso Serviço, no Rio de Janeiro. Nessas CIA altas, acima do forame oval (que, em geral, se apresenta normal) a comunicação é muito alta, logo abaixo da desembocadura da veia cava superior e quase sempre existe uma conexão anômala de veias pulmonares do pulmão direito. É claro que a nós, cardiologistas, compete a separação entre os três grupos, pois a cirurgia é diversa e, conforme o centro cirúrgico, será ou não exequível no grupo de defeitos abaixo do forame. Earl Wood, que tem mais experiência no diagnóstico diferencial entre estes três tipos, informou-nos que, nas CIA acima do forame, até as curvas de corrente dão resultados enganosos. O dado que lhe tem sido mais útil no diagnóstico da localização do defeito tem sido a posição da sonda ao transpô-lo: se alta, média ou baixa, em relação à sombra do coração. Nos casos de atrioventricularis communis outro dado de importância é a frequência com que essas CIA ocorrem com hipertrofia ventricular esquerda no eletrocardiograma, apresentam um sopro sistólico de ponta e têm, nas dosagens de oxigênio, um duplo aumento de saturação do sangue venoso: na amostra colhida na aurícula direita e ainda maior na amostra colhida no ventrículo direito.

Do ponto de vista da fisiopatologia existe alguma razão para se preferir a operação de Brock sobre as de shunt na tetralogia de Fallot? — Tudo leva a crer que esta pergunta, dentro de pouco tempo, já não terá razão de ser: já nos chegam relatos encorajadores sobre a correção completa dos defeitos na tetralogia de Fallot com o coração aberto, corrigindo a estenose pulmonar e fechando a comunicação interventricular. A este respeito, vale a pena mencionar um problema que ocorreu na Clínica Mayo, no primeiro grupo de operados; houve morte súbita no pós-operatório imediato, interpretada como devida a súbita insuficiência do coração esquerdo. Todos sabemos que neste pacientes o coração esquerdo recebe pouco sangue, está como que poupado, atrofiado; feita a cirurgia reparadora ele é obrigado

a impulsionar o mesmo volume de sangue que o coração direito. Do ponto de vista da fisiopatologia achamos as operações de shunt preferíveis à de Brock. Primeiro, porque a correção da estenose pulmonar, numa tetralogia de Fallot irá, idealmente, deixar o paciente com uma comunicação interventricular ampla e nenhuma ou pequena estenose pulmonar. Todos sabemos que, nas amplas comunicações interventriculares (CIV) com uma relação diâmetro CIV/aorta igual a 8,8 ou mais a evolução será igual à daquele grupo de defeitos em que existe uma força ejétil comum às duas circulações. A pressão é a mesma nos dois ventrículos e só há três evoluções possíveis para estes doentes, na dependência da evolução do leito vascular pulmonar: a) se o leito vascular pulmonar apresentar evolução normal, com resistência vascular pulmonar baixa, haverá grande shunt arteriovenoso e um quadro de insuficiência ventricular esquerda por débito aumentado; b) se houver progressivo aumento da resistência arteriolar pulmonar, quer por volta ao padrão arteriolar do tipo fetal, quer pela superposição de modificações secundárias da íntima das arteríolas, haverá progressivo aumento da resistência arteriolar pulmonar, passando por uma fase de equilíbrio com a resistência da grande circulação e, por fim, a resistência pulmonar ultrapassará a da grande circulação e o shunt será venoaortial. Esta evolução das CIV não é mais um problema hipotético; nós mesmos a observamos em nosso Serviço e foi recentemente realçada por J. F. Dammann Jr. e C. Ferencz (Simpósio Internacional sobre Cirurgia Cardiovascular, Detroit, 1955). Assim, com operação de Brock na tetralogia, temos duas possibilidades: 1) se a estenose pulmonar for completamente corrigida, transformámo-la numa CIV ampla, cuja evolução foi descrita acima; 2) se persistir uma pequena estenose pulmonar, esta agirá como mecanismo protetor da circulação pulmonar; ainda recentemente foi o próprio Brock (mesmo Simpósio) quem disse: "A desvantagem da operação de Brock é que pode ser realizada em demasia e levar o paciente a um fluxo pulmonar aumentado".

Por outro lado, as operações de shunt (e, entre estas, preferimos as anastomoses subclávia-pulmonar) não encerram os riscos quanto à circulação pulmonar que a operação de Brock acarreta e, na prática, têm-se revelado ótimas sob todos os pontos de vista.

Melhor critério clínico para o diagnóstico de uma lesão estenótica pura da válvula mitral. — Sem dúvida, os dados fundamentais para o diagnóstico de estenose mitral pura são obtidos no exame do coração: a) ictus cordis tipo ventricular direito, "tapping", frequentemente com choque epigástrico; b) M_1 forte, vibrante; c) estalido de abertura da mitral; d) ruflar diastólico com ou sem reforço; e) ausência de sopro sistólico de ponta ou, se existente, de pequena

intensidade. No exame radiológico, o dado mais importante é o discreto aumento da aurícula esquerda e, na radioscopia, sua não pulsatilidade. No exame eletrocardiográfico os sinais de hipertrofia ventricular direita são mais um dado a favor de que a estenose seja pura.

Critério para a indicação da comissurotomia nos casos de dupla lesão mitral. — É este, a nosso ver, um dos problemas mais difíceis e que deveria ser antecedido pela discussão do critério para indicar a comissurotomia na estenose mitral. Na tabela abaixo resumimos os dados mais importantes para separar, num caso de dupla lesão mitral, aqueles em que predomina a estenose, dos que têm insuficiência predominante.

D A D O S	PREDOMÍNIO DA ESTENOSE	PREDOMÍNIO DA INSUFICIÊNCIA
Ictus.....	Tipo VD; choque epigástrico	Tipo VE
M_1	Vibrante	Abafada
Estalido abert....	Presente	Ausente
Ruflar.....	Presente, com ou sem reforço	Presente, com ou sem reforço
Sopro sist. porta..	Ausente ou pequeno	Presente e intenso
Aurícula esquerda	Pequena ou com aumento moderado, sem pulsatilidade	Grande aumento; pulsátil
Eletrocardiograma	Hipertrofia ventricular direita	Hipertrofia ventricular esquerda
Pulso.....	Pequeno; ascensão lenta ramo ascenden; ápice lento	Amplo; ascensão rápida ramo ascendente; ápice agudo

Parece-nos, contudo, que isso não basta para decidir quais os casos que devem ser operados, pois a decisão quanto à operação num mitral depende de: 1) grau de incapacidade; 2) predomínio da lesão estenótica; 3) predomínio dos sintomas devidos à estenose em si; 4) ausência de contra-indicações. Tem sido a orientação seguida em nosso Serviço que, mesmo estabelecido que a lesão estenótica é predominante, a indicação cirúrgica só deve ser feita se ficar

evidenciado que a incapacidade do paciente decorre da obstrução orifical em si e não de lesão miocárdica. Courmand e col. demonstraram cabalmente que, nos casos de estenose mitral em que a sintomatologia é de etiologia miocárdica, a operação em nada beneficia o paciente. Os dados mais importantes para diferenciar a estenose mitral com sintomatologia miocárdica, da obstrutiva mitral, são os seguintes:



*A cruz »Bayer«
é mundialmente
conhecida.*

VITAMINA B₁₂ »Bayer«

*nas doses de 500 e 1.000 microgr. para o tratamento de
neuralgias, atraso de crescimento, distúrbios metabólicos dos
velhos, colites crônicas, intoxicações gravidicas, intoxicações
por metais pesados.*

CAMPOLON

*extrato integral do fígado
com 6 microgr. Vitamina B₁₂ por cm³*

VIA INTRAMUSCULAR

*na anemia perniciosa e
nas anemias secundárias*

VIA ENDOVENOSA

*em diluição (1:5) de glicose ou levulose
na cirrose hepática
nas afeções do parênquima hepático.*

★

A CHIMICA »Bayer« Ltda.

**Rio de Janeiro — Rua Dom Gerardo, 42
São Paulo — Praça Carlos Gomes, 120/122 — Cx. postal, 1 906**

★

*Representante exclusivo da Seção Farmacêutica da
FARBENFABRIKEN BAYER A. G.,
LEVERKUSEN — ALEMANHA*

D A D O S	COM SINTOMATOLOGIA OBSTRUTIVA	COM SINTOMATOLOGIA MIOCÁRDICA
Sintomas.....	Constantes e progressivos	Variáveis: períodos de melhora e piora
Eletrocardiograma	Hipertrofia ventricular direita	Pode ou não haver hipertrofia ventricular esquerda
Pressão no ventrículo direito.....	Elevada, não baixando com a digitalização	Normal se elevada, baixa com a digitalização

Se, numa dupla lesão, predominar a estenose sobre a insuficiência, e se os sintomas decorrerem da obstrução orifical, a cirurgia está indicada; caso contrário, não.

Indicação da comissurotomia em portadores de estenose mitral pura, com menos de 20 anos. — Seremos forçados a bater na mesma tecla: qualquer que seja a idade do paciente, se a sintomatologia decorrer do apêrto orifical, da obstrução em si, a cirurgia está indicada. Entretanto, abaixo dos 20 anos, ainda é extremamente freqüente que a sintomatologia decorra de cardite em atividade e de lesão miocárdica. Se houver sinais indubitáveis de que a sintomatologia é primordialmente obstrutiva, não temos dúvida em indicar a cirurgia, mesmo que haja sinais de atividade reumática. Alguns clínicos e anátomo-patologistas lideram uma corrente defendendo a cirurgia precoce na estenose mitral. Impressionados com as profundas e extensas deformidades do aparelho valvular mitral, que tornam, por vezes, impossível qualquer tentativa de abertura cirúrgica, defendem a cirurgia, antes que a deformidade valvular torne inoperante qualquer comissurotomia. Discordamos inteiramente deste critério. Quanto mais jovem o paciente, maiores as probabilidades de novos surtos reumáticos, com novos ataques às válvulas. Por outro lado, não cremos que esteja perfeitamente assegurado que a extensão e a gravidade das deformidades valvulares sejam função da idade do paciente, ou mesmo da idade da lesão valvular. A gravidade da infecção reumática em si, a sua repetição, as caracte-

rísticas imunobiológicas do paciente (e nestas incluímos possíveis variações individuais de resposta do tecido colágeno) são fatores não determináveis em cada caso e que podem influir para o tipo de lesão da válvula mitral. Por tudo isso, não cremos que haja vantagem na comissurotomia nos jovens, baseada no fator idade; ela deve ser condicionada, isto sim, à existência de incapacidade decorrente da obstrução auricular esquerda, comum naqueles casos que não se beneficiam. O grupo que melhorava tinha em comum: a) uma incapacidade constante, progressiva, que praticamente não sofria variações; b) grande hipertensão na artéria pulmonar (eram os que apresentavam maior hipertensão pulmonar). O grupo que não se beneficiou tinha em comum: a) um grau de incapacidade variável; às vezes, estavam grandemente incapacitados, outras, nitidamente melhorados; b) níveis bem mais baixos de pressão na artéria pulmonar. Concomitantemente com o nosso trabalho apareceu um artigo da Escola de Cournand defendendo a idéia de que, quando os pacientes com estenose mitral têm sintomatologia decorrente da obstrução mitral, eles apresentam grandes elevações de pressão na artéria pulmonar, que ainda mais aumentam com o esforço e têm, quanto à sintomatologia, a mesma característica que observamos: ela é constante. Quando a sintomatologia decorria da lesão do miocárdio e não da obstrução mitral, a pressão na artéria pulmonar era normal ou, se elevada, baixava com a digitalização maciça e, por outro lado, a sintomatologia era variável de dia para dia. A análise do

débito cardíaco e de outras variáveis hemodinâmicas não apresentava diferenças de importância. Parece-nos, portanto, que a cirurgia deve ser limitada àqueles casos de estenose mitral em que fique comprovado que a sintomatologia decorre da estenose orifical e não da lesão miocárdia.

A digitalização intensiva em pacientes mitraes antes da comissurotomia. — Têmo-la usado em todos os mitraes, visando a vários objetivos: 1) alentar o ritmo cardíaco, medida que quase sempre alivia esses pacientes; 2) servir como teste para evidenciar um fator de insuficiência cardíaca associada e, mesmo antes do cateterismo cardíaco, para, se houver uma hipertensão pulmonar secundária à lesão miocárdia, provocar a sua diminuição. Não vemos inconveniente no uso da digital em mitraes.

Crítério clínico para a indicação cirúrgica na estenose aórtica. — Este é um problema sobremodo difícil. Difícil porque a cirurgia dessa lesão ainda acarreta um risco apreciável; difícil porque as estenoses aórticas seguem evolução tal que, quando chegam a apresentar sintomas, a lesão miocárdica é bastante intensa, os benefícios da cirurgia são de pouca monta e os riscos muito grandes. Idealmente, a estenose aórtica deveria ser operada precocemente, antes de haver sintomas de insuficiência coronária ou miocárdica. Com os primeiros sintomas de incapacidade, já são extensas as lesões miocárdicas e extremamente grave o prognóstico. Por outro lado, a nós, clínicos, repugna indicar a cirurgia nestes casos, quando ainda são assintomáticos. Repugna-nos pelo risco inerente à cirurgia e, também, por sabermos que, em certos tipos de estenose, a cirurgia pouco ou nada poderá fazer. Em relação à cirurgia em si, achamos que a técnica aórtica, retrógrada, é a que fornece maior segurança em relação aos resultados, permitindo uma "visão digital" prévia da válvula. Problema importante é o do diagnóstico da estenose e da insuficiência aórtica e, em casos de associação, qual a lesão predominante. A análise do pulso intra-arterial em

repouso e durante a manobra de Val-salva tem-nos sido muito útil para esse diagnóstico diferencial.

Melhor indicação operatória para o tratamento da insuficiência aórtica.

— Tomaremos a liberdade de responder a esta pergunta reproduzindo alguns dados do trabalho de S. J. Sarnoff e R. B. Case sobre fisiologia cardíaca e a operação de Hufnagel. Lembram esses autores alguns dados básicos de fisiologia cardiovascular: a) o aumento de trabalho ventricular vem acompanhado de aumento do consumo de oxigênio do miocárdio; b) este aumento do fornecimento de oxigênio ao miocárdio dificilmente será obtido por maior retirada de oxigênio do sangue coronariano, pois, mesmo em condições basais, já é excepcionalmente baixo o teor de oxigênio do seio coronário; c) portanto, o aumento do oxigênio coronariano se dará sobretudo ou somente às custas de aumento do fluxo coronariano; d) este aumento do fluxo coronariano, para a mesma pressão de perfusão coronária, se fará às custas de diminuição da resistência vascular coronária, isto é, por vaso-dilatação; e) a maior parte do fluxo coronariano se faz durante a diástole e, portanto, a pressão diastólica aórtica é um dos principais fatores que governam o fluxo coronariano. Os paciente com insuficiência aórtica apresentam um equilíbrio instável entre aumento de trabalho ventricular, devido a regurgitação, e quantidade de oxigênio fornecível ao miocárdio, devido ao baixo nível de pressão com que as artérias coronárias são irrigadas durante a diástole. Pode-se, mesmo, dizer que, nas grandes insuficiências aórticas, há uma insuficiência coronariana relativa, mesmo que não haja lesão orgânica das coronárias. A válvula de Hufnagel tem um duplo efeito: a) reduz o volume de sangue regurgitado e, daí, reduz o trabalho ventricular esquerdo; a isto se deve o benefício da cirurgia; b) mas, ao mesmo tempo, diminui a pressão aórtica e, portanto, a pressão com que as coronárias são alimentadas; todos os registros de pressão branquial antes e depois da colocação da válvula



Synkavit

Vitamina K hidrossolúvel

Dispensa a administração conjunta de sais biliares, pode ser administrado por via endovenosa, é indolor por via intramuscular. Fácil absorção

Ampolas — Comprimidos

mostram grande diminuição da pressão diastólica aórtica, às vezes de mais de 50%, em relação ao nível anterior; a pressão diastólica na aorta se aproxima da ventricular. Concomitantemente, há encurtamento do período diastólico. Estes dois fatos acarretam, portanto, grande diminuição da pressão de enchimento coronário e encurtamento do tempo desse enchimento. Dois efeitos opostos decorrem da colocação da válvula de Hufnagel: redução do trabalho ventricular esquerdo e redução da quantidade máxima de oxigênio no leito coronário. Quando, após a cirurgia, predominar o alívio do trabalho ventricular, o paciente se beneficiará; quando predominar a redução do fluxo coronário, ele piorará. Daí, a nosso ver, a válvula de Hufnagel ter a máxima indicação naqueles casos de insuficiência aórtica em que predominam os sinais de insuficiência miocárdica sobre os de insuficiência coronária. Por outro lado, deve-se ter o máximo cuidado, antes, durante e depois da cirurgia, em corrigir todo e qualquer fator que possa contribuir para a insuficiência coronariana. Dêstes, o mais importante é a anemia, tão freqüente no pós-operatório imediato desses casos, e devida, quer à operação em si, quer à hemólise ocasionada pela válvula de matéria plástica.

Cirurgia cardiovascular. Considerações clínicas. Luiz V. Décourt. — *Critério de indicação cirúrgica na persistência do canal arterial em relação à idade:* A indicação cirúrgica na persistência do canal arterial deve ser feita em qualquer idade acima do primeiro ano de vida, logo que comprovado o diagnóstico e desde que não se trate de fístula compensadora. Algumas eventualidades devem ser consideradas: 1) Antes do primeiro ano de vida existe a possibilidade do fechamento espontâneo do canal, embora sempre menor à medida que avança a idade. Desta forma, a oportunidade para a intervenção pode ser aguardada. Nesta fase, entretanto, a operação é imperativa se surgirem: a) fenômenos de insuficiência cardíaca imputáveis à fístula; b) aumento progressivo do coração; c) grande shunt arteriovenoso; d) si-

nais eletrocardiográficos de sobrecarga ventricular que se acentuam rapidamente. 2) Na idade madura, a orientação, embora possivelmente intervencionista, dependerá de dois fatores quanto à oportunidade: a) estado do miocárdio perante eventuais anomalias da irrigação coronária; b) relativa acomodação do paciente à sua anomalia, desde que não são raros os indivíduos que atingem a quarta ou a quinta décadas da vida sem fenômenos nítidos de hipertensão pulmonar. 3) Em qualquer idade, o advento de uma endarterite bacteriana exigirá de início o tratamento clínico e ulteriormente a intervenção; caso não haja melhora, operar, mesmo com a infecção, sob tratamento intenso e contínuo.

Critério de indicação cirúrgica nos casos de persistência do canal arterial com hipertensão pulmonar:

Na verdade, mais do que as pressões momentâneas obtidas em um cateterismo, importa o sentido do fluxo através do canal. 1) Os casos de hipertensão moderada comportam-se como os sem hipertensão. Toda a vez que houver shunt arteriovenoso indiscutível sem baixa da saturação do sangue arterial periférico, operar, mesmo com níveis pressóricos na artéria pulmonar que se igualam aos da aorta. Nestes casos, entretanto, os riscos são maiores que em eventualidades de normotensão. 2) Intervir, da mesma forma, em casos com shunt cruzado, mas principalmente arteriovenoso. 3) Avaliar cuidadosa e, se possível, repetidamente, os casos com shunt cruzado, veno-arteriais prevalentes ou veno-arteriais persistentes: a) verificações com nova exploração, ou tomada simultânea de amostras da artéria braquial direita e de uma das femorais, para se averiguar a constância do shunt invertido ou a existência de fases com prevalência arteriovenosa; b) se ainda períodos de fluxo arteriovenoso, toracotomia com ligadura parcial e temporária do canal, verificação manométrica do comportamento da artéria pulmonar e longa observação do quadro; se não surgirem os sinais de sobrecarga aguda do ventrículo direito, continuar a intervenção; o risco cirúrgico é grande, mas pode ser a única espe-

rança para os doentes; provavelmente, neste grupo encontramos a totalidade dos casos com pressão capilar aumentada, nos quais a hipertensão pulmonar tem sido explicada pelo aumento do volume de sangue na pequena circulação e pela relativa incapacidade da mitral em permitir a passagem de toda a corrente líquida; e) os casos com hipertensão pulmonar acentuada, shunt veno-arterial permanente, pressão capilar normal e sem sinais de sobrecarga do ventrículo esquerdo, devem, a nosso ver, apresentar lesões primárias das arteríolas pulmonares, desde que não acreditamos que a hipercolelémia da pequena circulação leve a uma hipertonia severa de tal ordem na ausência de anomalias vasculares prévias. Não possuímos experiência sobre estas eventualidades, mas, diante do que foi considerado, é quase certo que a intervenção pouco benefício poderá oferecer, sendo ainda talvez o canal uma válvula de escape. Os doentes, abandonados à sua sorte, em geral caminham para a morte, dado o caráter progressivo da hipertensão, de forma que o ato cirúrgico tem sido realizado em caráter de última tentativa e na presunção de que um fluxo aórtico episódico ainda ocorra. Alguns bons resultados foram descritos em crianças, mas em adolescentes e adultos são excepcionais.

Crítério de indicação nos pacientes com comunicação interauricular: A intervenção reparadora sobre a CIA isolada (podendo também aqui se incluírem os casos associados à desembocadura parcial das veias pulmonares em cavidades direitas suscetíveis de correção e à estenose da mitral) não deve ser generalizada. 1) Ela será indicada quando existir progressão do quadro mórbido, revelada por: a) exagêro nítido dos sintomas; b) piora do aspecto eletrocardiográfico e, principalmente, c) aumento indiscutível e progressivo da área cardíaca ao exame radiológico. 2) Ela será discutida quando se encontrar: a) retardo do crescimento somático; b) shunt arteriovenoso muito grande, com fluxo pulmonar que é o dobro do sistêmico. 3) Em casos de evolução lenta, a melhor atitude é a de expectativa, sendo

provável que o futuro nos traga um aperfeiçoamento de técnica. O fechamento parcial de um septo interauricular não produz benefícios que compensem os riscos da intervenção. Dos três tipos hoje admitidos, segundo as relações topográficas com a situação do forame oval, constitui um problema a comunicação realizada pela presença do ostium primum, desde que a fixação inferior da sutura é precária, sendo possível que se apanhe na ligadura uma das valvas da mitral ou da tricúspide, com a conseqüente e muito grave insuficiência valvular pós-operatória. A intervenção, quando indicada, pode ser realizada na primeira infância. Em casos de indivíduos adultos, avaliação cuidadosa dos efeitos produzidos sobre as arteríolas pulmonares pelo fluxo longamente aumentado na pequena circulação.

Do ponto de vista da fisiopatologia existe alguma razão para a preferência da operação de Brock sobre as de shunt, na tetralogia de Fallot? — “Do ponto de vista da fisiopatologia, considerada teoricamente, sim. 1) De fato, a operação de Brock: a) remove um dos defeitos da téttrade; b) com o afastamento do obstáculo, aumenta o caudal venoso (apto à hematose) aos pulmões; c) com a diminuição da resistência ao esvaziamento, diminui o shunt veno-arterial ventrículo-aórtico; d) dessa forma, em casos de aumento do retorno venoso (exercício!) permite maior quantidade de sangue ao pulmão e menor volume à aorta biventricular; e) traz real alívio à sobrecarga do ventrículo direito. 2) Já as operações de shunt não seriam tão úteis, pois: a) não removem um defeito da tetralogia, mas a ela acrescentam um novo (com os perigos da trombose e da infecção sobre a anastomose, ou de fistula muito grande com perturbações hemodinâmicas nocivas na intervenção de Potts-Smith); b) aumentam a quantidade de sangue misturado que vai a um pulmão necessitado; c) não corrigem a sobrecarga do ventrículo direito; d) em casos de aumento do retorno venoso podem permitir um fluxo pulmonar que não aumenta satisfatoriamente, continuando a aorta a enviar grande quanti-

SULFADEX-GÔTAS

"SULFAS COMBINADAS EM SOLUÇÃO AQUOSA"

FÓRMULA:

Succinil - SULFADIAZINA di-sódica ... 0,111 g
Succinil - SULFAMERAZINA di-sódica . 0,109 g
Succinil - SULFAMETAZINA di-sódica . 0,106 g
Água destilada q. s. p. 1,0 cm3

INDICAÇÕES:

Infeções causadas por: Neumococos, Meningococos, Gonococos, Estafilococos, Pulmonia Kl, influência H, e como coadjuvante nas infecções mistas ou de etiologia duvidosa.

VANTAGENS TERAPEÚTICAS DO "SULFADEX-GÔTAS"

- 1.^a) Três "sulfas" combinadas em solução aquosa límpida e praticamente NEUTRA; primeiro produto NO MUNDO no gênero.
- 2.^a) Alta concentração (21% de Sulfonamidas puras).
- 3.^a) Fácil administração, mormente em pediatria.
- 4.^a) Sabor corrigível (administrada com água açucarada, laranja).
- 5.^a) Dosagem exata mesmo em pequenas frações.
- 6.^a) Toxidez baixíssima.
- 7.^a) Cristalúria renal enormemente pequena.
- 8.^a) Obstrução renal nula.
- 9.^a) Evita reações alérgicas.
- 10.^a) Derivados sulfonamidos *sintetizados* em nossos laboratórios sob controle absoluto.

MODOS DE USAR

CRIANÇAS:

Dar na primeira administração 3 gôtas por quilo de peso da criança, da segunda administração em diante dar 9 gôtas cada 24 horas, por quilo de peso, divididas em 6 doses, isto é, uma cada 4 horas.

Quilos de peso da criança	Dose inicial 1. ^a administração	Dose normal 2. ^a administração em diante	Quantidade de sulfonamida em 24 horas
4	12 gôtas	6 gôtas	0,378 g
6	18 "	9 "	0,567 g
8	24 "	12 "	0,756 g
10	30 "	15 "	0,945 g
12	36 "	18 "	1,134 g
20	60 "	30 "	1,900 g

ADULTOS:

Dose inicial: 6 cm³ (mais ou menos 3 conta-gôtas cheios).

Dose normal: 3 cm³, cada 4 horas, até a cessação da febre.

★

LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.

Rua Maria Paula, 136 - Telefone 33-4263 - São Paulo, Brasil

dade de sangue à periferia; e) podem comprometer a circulação dos braços ou da cabeça; f) podem permitir uma anastomose de pequena eficiência em casos de aortas muito pouco dextro-postas; g) podem suscitar problemas de ordem técnica, em alguns casos, quando da procura de um vaso adequado. 3) Na realidade, entretanto, os fatos são diversos: a) as possibilidades reais de um afastamento da estenose; b) quando realizável, a abertura completa de uma válvula pulmonar estenosada, sem fechamento do septo interventricular, pode acarretar uma insuficiência pulmonar e levar a um quadro comparável ao que se encontra na síndrome de Eisenmenger; c) em condições de remoção do obstáculo, tem-se observado o exagêro do shunt do VE ao VD com cardiomegalia e insuficiência ventricular esquerda; d) os acidentes mortais são muito frequentes. Desta forma, até o momento, as intervenções de shunt são as mais aconselháveis. Na verdade, nenhuma das operações é a ideal, sendo provável que, em futuro próximo, com as intervenções a céu aberto, se consiga uma correção satisfatória. Nessa expectativa, a operação de Blalock-Taussig, que já é benéfica, poderá ser desfeita ulteriormente sem dificuldade, o que também representa uma vantagem.

Melhor critério clínico para o diagnóstico de uma lesão estenótica pura da válvula mitral: Não há dado isolado que permita o diagnóstico exato de uma lesão estenótica pura da válvula mitral. Desta forma, o "melhor critério" é a análise crítica de um conjunto de dados positivos e negativos. 1) Os dados positivos, que permitirão o diagnóstico de estenose, são, principalmente: a) choque da ponta não impulsivo, com os caracteres do encontrado nas hipertrofias direitas e muitas vezes acompanhado por impulsões sistólicas palpadas na região mesocárdica baixa; b) primeira bulha mitral forte, vibrante; c) sopro diastólico com os caracteres de um ruflar; d) estalido de abertura da mitral; e) sinais radiológicos e eletrocardiográficos de hipertrofia do ventrículo direito; f) aurícula es-

querda bem contratada ao exame angiocardiógráfico e retendo o meio opaco por longo tempo; enquanto o ventrículo esquerdo é pequeno e pouco opacificado, como verdadeiro apêndice do átrio, e destoa da aorta bem marcada. 2) Os dados negativos, que deverão estar ausentes porque falam pela insuficiência valvular, são, particularmente: a) choque da ponta impulsivo e desviado; b) sopro sistólico forte, nítido, localizado no foco mitral, irradiando-se para a axila esquerda e se mantendo após a compensação cardíaca; c) primeira bulha normofonética na ponta; d) aumento do ventrículo esquerdo, comprovado clínica, radiológica, eletrocardiográfica e angiocardiógraficamente; e) dilatações acentuadas da aurícula esquerda, avaliadas não como dados estáticos, mas apreciadas em função da duração dos sintomas.

Critério para a indicação da comissurotomia nos casos de dupla lesão mitral: Nosso critério tem sido o de selecionar os casos: a) em que há um predomínio evidente dos dados positivos (afirmadores da estenose) sobre os dados negativos (presuntivos de insuficiência), já citados na resposta anterior; b) em que se pode afastar uma calcificação valvular acentuada; c) em que o estado do miocárdio não é seguramente o responsável pela maior parte do quadro clínico.

Indicação da comissurotomia em portadores de estenose mitral pura, com menos de 20 anos: Não acreditamos que a idade de um portador de estenose mitral seja, por si só, fator de indicação ou de contra-indicação do ato cirúrgico, que dependerá das condições hemodinâmicas do momento. 1) E' aconselhável a intervenção em doentes mais jovens que os admitidos até há pouco, desde que a nossa experiência revelou maior incidência de bons resultados nos indivíduos de menor idade. 2) E' necessário, porém, que se apure com grande cuidado a possibilidade da febre reumática clinicamente ativa. Não nos filiamos aos que desprezam o reumatismo como fator de pequena influência na decisão. E isto por duas razões: a) dos doentes que pouco

aproveitam do ato cirúrgico são os com participação miocárdica acentuada, que sobrepuja o fator essencialmente obstrutivo representado pela estenose; ela já poderá intervir na evolução imediata, mas, com certeza, modificará o prognóstico tardio; b) a possibilidade de recorrência da lesão estenótica não pode ser desprezada; não temos dúvidas de que os casos até agora publicados (assim, os de Jordan e Hellem, de Donzelot, de Avery e Priest) estão precariamente documentados, desde que focalizam doentes operados em condições desfavoráveis, ou nos quais não se conseguiu uma eficiente comissurotomia anterior; ainda é cedo para afirmar ou para negar a ocorrência, mas a possibilidade de seu aparecimento justifica toda a prudência.

A digitalização intensa dos pacientes no pré-operatória da comissurotomia mitral: Não compreendemos bem o sentido deste quesito, se inquirindo apenas sobre a necessidade da digitalização prévia, ou se focalizando a convivência de que esta seja intensa, mesmo com aparecimento de ritmos tóxicos. Caso ele se refira ao primeiro problema, responderemos sim; caso ao segundo, não. 1) Digitalizamos sistematicamente todos os doentes antes da intervenção. Trata-se de ato de rotina, como em qualquer cardíaco quando sujeito a um ato cirúrgico. Não temos enviado à comissurotomia os pacientes de classe funcional I, mas apenas os que se incluem nas classes de II em diante. A digitalização tem sido realizada por via oral ou intravenosa, nestes casos dando-se preferência a um produto de ação mais rápida (Lanatosídeo C). 2) Não vemos benefícios, mas apenas desvantagens na digitalização maciça.

Critério clínico para a indicação cirúrgica da estenose aórtica: 1) A indicação ideal estaria presente em todos os casos, desde que se trata de lesão séria, de prognóstico reservado e com elevado potencial de nocividade para o miocárdio, dada a elevada pressão sistólica intraventricular e a baixa pressão na aorta. A alta resistência na via de saída do ventrículo esquerdo acarreta uma sobre-

carga de trabalho da câmara, com volume sistólico fixo e reduzido, em um coração com baixa pressão de perfusão coronariana. 2) a indicação real torna-se difícil, porque: a) trata-se de tipo de intervenção ainda em estudo, com problemas de ordem técnica não resolvidos; b) além disso, a calcificação é habitual, não apenas em pessoas de idade avançada, como também abaixo dos 40 anos; em nosso Serviço procurou-se (Tranchesi e col.) o diagnóstico planigráfico desta eventualidade, tendo sido encontradas as posições favoráveis para a averiguação; com essa técnica observaram-se calcificações nítidas em 7 (31,8%) de 22 doentes examinados. 3) Desta forma, dentro dos limites citados, a indicação poderá ser feita: a) em casos de incapacidade acentuada aos esforços, quer por crises anginosas progressivamente severas e limitadoras, quer por fenômenos de hipossístolia que tendem a se acentuar de modo alarmante; b) em casos de deficiência progressiva da irrigação cerebral.

Melhor indicação operatória para o tratamento da insuficiência aórtica:

Pergunta dificilmente respondida, desde que a nossa experiência é praticamente nula, com apenas um caso operado e falecido em consequência de rotura da aorta após três meses de uma aparente evolução favorável. Embora a intervenção ainda não nos tenha convencido, poder-se-á discutir a sua indicação: a) quanto mais acentuados forem os sinais de hipossístolia; b) quanto menos evidentes os fenômenos de insuficiência coronariana.

Cirurgia cardiovascular. Considerações clínicas. Cantídio de Moura Filho. — Nossa impressão é que a persistência do canal arterial deva ser corrigida cirurgicamente tão logo se faça o diagnóstico, principalmente nos casos já apresentando hipertensão pulmonar ou com aumento da área cardíaca. Nos casos em que não houver repercussão cardíaca, pode esperar-se até 1 ano de idade, com a finalidade ainda remota de um fechamento espontâneo do canal arterial. Na idade madura também todos os casos devem ser operados, com ex-

ção daqueles com mais de 40 anos, que não apresentam repercussão cardíaca. Nossa experiência na primeira infância consiste em 15 casos operados entre 5 e 16 meses de idade com nenhuma mortalidade e com resultados bastante satisfatórios.

Embora não exista um critério perfeitamente estabelecido, preferimos dividir os casos de persistência de canal arterial com hipertensão pulmonar em dois grupos: 1) aqueles em que a hipertensão é consequência de um aumento do fluxo sanguíneo na circulação pulmonar, sem grandes alterações das arteríolas pulmonares; 2) aqueles em que a hipertensão resulta de alterações primárias ou secundárias da rede pulmonar, com um fluxo sanguíneo normal ou mesmo diminuído. De modo geral, podemos dizer que os casos do 1.º grupo têm indicação cirúrgica, enquanto que os do 2.º grupo, não. O diagnóstico diferencial entre estes dois grupos pode ser feito através do eletrocardiograma (sobrecarga diastólica do ventrículo esquerdo), da radiologia (aumento de cavidades esquerdas, com aumento da circulação pulmonar) e do cateterismo cardíaco (incluindo aqui as curvas de corantes). Um critério que deve ser sempre observado é a compressão manual arterial durante o ato cirúrgico, com controle pressórico da artéria pulmonar, para se estudar as variações de pressão deste vaso ao se interromper o canal arterial.

Nosso critério para a indicação cirúrgica dos portadores de CIA baseia-se nos seguintes itens: a) quando não existam defeitos associados, em que o defeito septal seja um mecanismo compensador, como na desembocadura anômala das veias pulmonares, na transposição completa dos grandes vasos e na tetralogia de Fallot; b) quando não exista um shunt veno-arterial; nestes casos também a CIA representa uma via de diminuição da sobrecarga ventricular direita, condição que está presente quando há estenose pulmonar associada ou hipertensão pulmonar; c) a cirurgia é indicada quando houver evidências de um grande fluxo arteriovenoso através do defeito, que pode ser evidenciado pelo eletrocardiograma (dilatação da aurícula di-

reita e sinais de sobrecarga diastólica do ventrículo direito, com bloqueio incompleto ou completo do ramo direito), pelo estudo radiológico (aumento das cavidades direitas, com aumento e hipersatidade dos vasos pulmonares, acompanhados de ventrículo esquerdo e aorta pequenos), cateterismo cardíaco; d) quando existirem sinais de diminuição do débito sistêmico, como seja um hipo-desenvolvimento físico; e) o aumento da área cardíaca como dado isolado não contra-indica a cirurgia, mas, pelo contrário, representa uma indicação operatória; f) a hipertensão pulmonar não contra-indica a operação, embora torne o prognóstico menos favorável. Nossa experiência consta de 6 casos com 0% de mortalidade. Destes, 4 tiveram resultados que podem ser classificados de bom a ótimo, 1 inalterado (correspondia a um caso com grande cardiomegalia e com 30 anos de idade) e outro cuja evolução é ainda precoce.

Estritamente do ponto de vista da fisiopatologia, não existe diferença entre as operações de shunt (Blalock e Potts) e de Brock, embora as primeiras acarretem mais outro defeito; isto porque qualquer uma delas tem por finalidade aumentar o fluxo sanguíneo pulmonar e nenhuma delas consegue diminuir a sobrecarga ventricular direita, já que o ventrículo direito na tetralogia de Fallot é sistêmico. Entretanto, preferimos as operações de shunt a de Brock na tetralogia de Fallot porque, além de permitirem um fluxo mais desejável e controlável, apresentam mortalidade operatória mais baixa.

Não existe um sinal patognomônico da estenose mitral pura. Limitar-nos-emos a assinalar aqueles sinais que, a nosso ver, são os mais sugestivos da lesão estenótica: a) do ponto de vista da história clínica, os sintomas mais sugestivos são a evolução longa e progressiva da dispnéia e a presença de edema agudo pulmonar e hemoptises; b) do ponto de vista do exame físico, assinalaremos o 1.º ruído brilhante (em lambada) no foco mitral, um ruflar diastólico longo acompanhado de refôrço pré-sistólico e estalido de abertura, ausência de sopro sistólico no foco mitral, e um 2.º ruído hiperfoné-

quando
a
pressão
sobe...

HEXAPAVERINA

tico e desdobrado no foco pulmonar; c) do ponto de vista eletrocardiográfico, encontramos sinais de hipertrofia da aurícula esquerda e sinais moderados ou evidentes de sobrecarga ventricular direita, sem sinais de sobrecarga ventricular esquerda associada; d) do ponto de vista radiológico, encontramos aumento pequeno ou moderado da aurícula esquerda, aumento do ventrículo direito com hilos aumentados e campos pulmonares densos; além do mais, existe ventrículo esquerdo e aorta normais ou até diminuídos de tamanho; e) o cateterismo em geral revela hipertensão pulmonar e ventricular direita, dependendo do grau da estenose, uma curva "capilar" com morfologia de estenose, embora esta morfologia também possa ser encontrada na insuficiência mitral.

Apenas está indicada a comissurotomia mitral nos casos de dupla lesão mitral em que haja sinais francos de estenose e o refluxo seja mínimo. O prognóstico destes casos dependerá de dois fatores principais: a) grau de dilatação da estenose; b) comportamento pós-operatório do refluxo; se este desaparecer ou ficar inalterado, o prognóstico estará na dependência direta do grau de dilatação da válvula. Naqueles casos, não raros, em que o refluxo aumenta, o prognóstico estará mais na dependência deste aumento (prognóstico mau) mesmo que a comissurotomia tenha sido razoavelmente satisfatória.

Nossa tendência atual é de indicar mais cedo a comissurotomia mitral, desde que não existam sinais clínicos de atividade reumática, e quando houver sinais de sofrimento cardíaco conseqüente a lesão estenótica. Nossa experiência de comissurotomias mitrais abaixo dos 20 anos ainda é pequena, porém, os resultados têm sido bastante satisfatórios. Este conceito está baseado no fato de que a atividade reumática não desaparece mesmo nos pacientes mais idosos, como tem sido provado pelas biópsias de aurícula, e também porque uma operação precoce tem mais possibilidades de encontrar válvulas mais fáceis de operar (menos cálcio e menos fibrose).

Achamos que a comissurotomia mitral deve ser precedida de uma digitalização, desde que o paciente em insuficiência cardíaca ou apenas com taquicardia. Entretanto, não estamos de acordo com a digitalização intensa, embora esta possa trazer uma bradicardia que, do ponto de vista técnico, é preferida pelos cirurgiões. A superdigitalização, além de aumentar o automatismo cardíaco (que se traduz pelo aparecimento de extrassístoles), que por si só pode levar a fibrilação ventricular, também potencializa a ação lesiva da condução intraventricular provocada pela procaina; desta forma, poderá também mais facilmente levar a fibrilação ventricular.

Cremos que, até o momento, não existe uma técnica cirúrgica satisfatória para a correção cirúrgica da estenose aórtica. Portanto, nosso critério atual é de não enviar estes pacientes à cirurgia. McMillan mostrou que, de 30 casos de estenose aórtica estudados, apenas 3 não apresentam cálcio e, quando este existe, a dilatação é praticamente nula, mesmo se realizada no cadáver. Nossa experiência consiste em 5 casos, dos quais apenas um sobreviveu e cujo resultado ainda é muito cedo para avaliar (3 meses de evolução). Dos outros 4, um faleceu de fibrilação ventricular na mesa operatória, um faleceu horas após com provável fibrilação ventricular, já que tinha tido uma fibrilação ventricular na mesa, um faleceu 2 meses após, em franca insuficiência cardíaca, e um faleceu 2 anos após, também com insuficiências cardíacas repetidas (esta última doente apresentava também uma insuficiência aórtica associada). Em resumo, achamos que a operação é bastante grave e que as possibilidades de melhora são pequenas.

Cirurgia cardiovascular. Considerações cirúrgicas. Arthur Domingues Pinto. — *Preferência em relação à ligadura e à secção do canal arterial:* Embora com tendência a seccionar mais vezes o canal persistente, a nossa posição permanece eclética, exceto para os canais largos e curtos, em que o processo de divisão e sutura é obrigatório. Achamos que o processo de ligadura, executado nas bases

atuais, isto é, ligaduras triplas ou quintuplas, com as ligaduras das extremidades ancoradas e as restantes transfixantes, é um bom processo, praticamente ao abrigo das críticas de recanalização. As referências da literatura nesse sentido nos parecem carentes de valor porque a incidência assinalada inclui as ligaduras precursoras, isto é, únicas, frouxas e tímidas, e mesmo aquelas executadas em canais largos. Em 11 canais, ligamos 6 vezes e seccionamos 5, sem mortalidade e sempre com bons resultados por qualquer dos métodos.

Idade ideal para se operar a coarctação da aorta: A partir dos 8 anos, em que a manipulação das estruturas vasculares é mais fácil e segura pela maleabilidade e elasticidade que apresenta o vaso e também porque, nessa época, a aorta já atingiu um calibre suficiente para prevenir uma eventual nova estenose no caso de não crescimento da cicatriz. Aliás, esse é fato pouco provável, conforme já tem sido demonstrado, especialmente quando se usam pontos separados em pelo menos metade do circuito a suturar. Nosso paciente mais novo tinha 9 anos.

Impressões sobre a cirurgia dos defeitos do septo interauricular: Nossa experiência em cirurgia humana se refere exclusivamente à atrioseptopexia de Bailey, que consideramos um bom método e relativamente fácil de executar. No entanto, nos dois casos em que tivemos a oportunidade de agir, foi verificado tratar-se de defeitos tipo septum primum, onde a operação não pode, logicamente, evidenciar a totalidade de seus benefícios, porquanto a oclusão rigorosa da porção basal do defeito é impraticável (isto sob pena de interferir com estruturas funcionalmente capitais). Apesar dos vários artifícios propostos, nós consideramos praticamente incurável este tipo de defeito septal. Dos outros métodos mais correntes, como o do "poço" de Gross, o de Bjork-Crafoord e o do fechamento sob visão direta, com hipotermia ou circulação extracorpórea, apenas temos alguma experiências em animais com o de Bjork-Crafoord, cuja técnica é simples, porém, de risco cirúrgico

aparentemente elevado, pela caprichosa dissecação exigida. Em que pese a opinião dos autores, aqui também nos parece perigosa a tentativa de oclusão do defeito de septum primum.

Preferência em relação ao toque ou à operação de shunt no tratamento da tetralogia de Fallot: Temos evidente preferência pelas operações de shunt porque com elas temos obtido resultados mais regulares e de melhor qualidade no que se refere à saturação de oxigênio. Em 40 operações para o tratamento da tetralogia de Fallot praticamos 29 vezes a operação de shunt, com 3 óbitos (10,7%) e 10 vezes o ataque direto, quer valvular, quer infundibular, com 2 óbitos (20%). De modo geral, os resultados clínicos desta última operação, mesmo na estenose apenas valvular, foram inferiores aos das operações de shunt. Por duas vezes fomos obrigados a executar a operação de shunt, com excelentes resultados, em casos em que havia sido praticada a operação de Brock.

Preferência em relação à operação de shunt: Preferimos a operação do tipo Blalock-Taussig. Em nossa série, já referida, de 29 shunts cirúrgicos, só uma vez praticamos o shunt aórtico-pulmonar de Potts. É apenas uma questão de preferência pessoal adquirida pelo hábito. Não reconhecemos superioridade prática de um método sobre o outro. O cotejo de vantagens e desvantagens é quase sempre teórico.

Via de acesso torácica usada para a comissurotomia mitral: Usamos a larga via de Crafoord-Bailey, que poderíamos dizer toracotomia pósterolateral anteriorizada, através do 4.º ou 5.º espaço intercostal (de preferência o 4.º quando se pensa em lesão exclusivamente mitral, e o 5.º quando há suspeita de lesão mitro-aórtica). Apenas nos primeiros casos usamos a via ântero-lateral, aparentemente inferior à citada, na valvulotomia instrumental.

Técnica preferida na comissurotomia mitral: digital instrumental ou mista? Tanto quanto possível empre-

gamos a comissurotomia digital repetindo prolongadas tentativas. Quando esta foi inoperante também nunca registramos qualquer sucesso com a comissurotomia ungueal, quase sempre tentada. Fomos obrigados, apesar disso, a usar a comissurotomia instrumental ou mista em cerca de 38% de nossos casos.

O melhor valvulótomo mitral: A nosso ver, todos acrescentam um risco a mais ao ato cirúrgico, embora a experiência do cirurgião vá anulando gradativamente esse fator nocivo. Temos mais experiência com a guilhotina de Bailey e por isso lhe damos preferência no momento, mas não a achamos ideal, assim como a de Glover, que usamos uma só vez. Usamos a faca de José Hilário, que nos pareceu boa, possibilitando, com grande simplicidade, a comissurotomia mista. Não temos experiência com anéis ou unhas metálicas.

Via de acesso preferida (transventricular ou aórtica) no ataque cirúrgico à estenose valvular aórtica: Não temos experiência com a via aórtica;

parece-nos, no entanto, que, na estenose aórtica isolada ela deva ser preferida, apesar da sua complexidade e magnitude, por apresentar, no consenso dos autores experimentados, mortalidade bem inferior à via transventricular. Nossa experiência refere-se exclusivamente a 5 casos em que foi usada a via ventricular. Apesar do risco de fibrilação assinalado pelos autores, não tivemos, em 4 casos, qualquer complicação e no 5.º caso a fibrilação ocorreu antes de se fazer qualquer manipulação do ventrículo, exatamente quando se fazia a comissurotomia mitral, num caso mitro-aórtico. É uma via fácil e rápida, não oferecendo grandes dificuldades quando se utiliza o dilataador de Donaldson-Bailey.

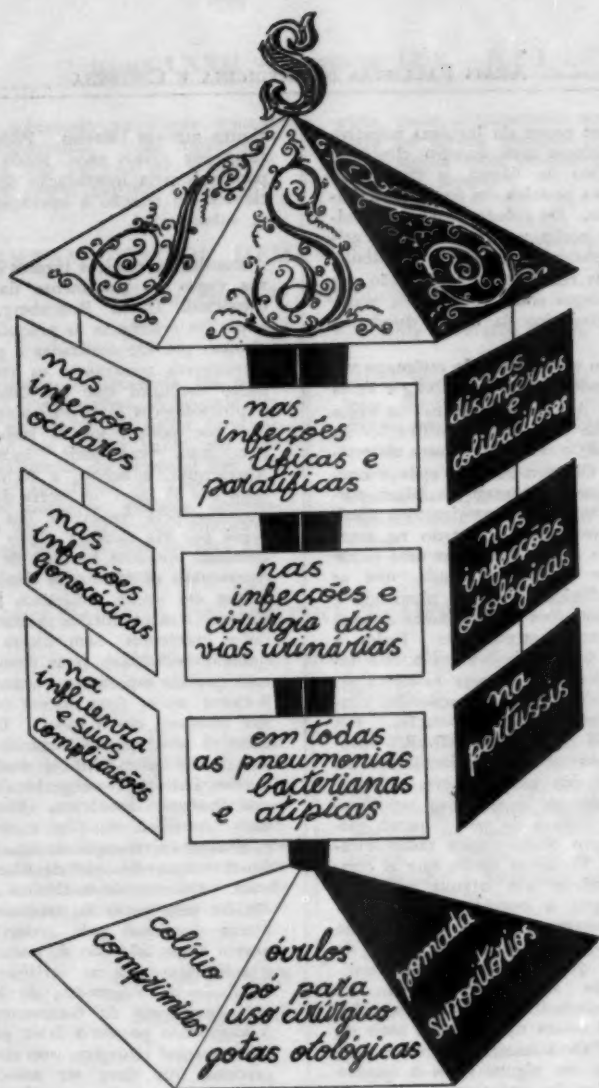
Melhor processo para a insuficiência aórtica no momento atual: A nosso ver, o que melhor satisfaz, sem ser porém a solução ideal, é a prótese plástica de Hufnagel, que reduz de 70% o refluxo aórtico. Em dois casos em que a praticamos funcionou bem.

Sessão em 28 de dezembro de 1955

Presidente: Francisco Antonio Guttilla

Influência da ressecção dos nervos vagos na secreção ácida do estômago. David Rosenberg. — Em 1949, o autor estudou a influência da ressecção dos nervos vagos sobre a secreção ácida do estômago, em condições variadas, em 30 pacientes. Estudou a secreção em jejum, a secreção basal, a secreção noturna de 12 horas e a resposta à excitação pela cafeína, histamina e insulina. Verificou que a secreção em jejum sofre redução de 57,5% nos valores da acidez, mostrando ainda que esta verificação era comparável aos resultados obtidos com a secreção noturna, sendo seu estudo muito menos incômodo para o paciente. A secreção basal mostrou redução de 60,8% na acidez livre, sendo também acentuada a redução em resposta à cafeína e à histamina. A prova da insulina fôra positiva em 2 casos e duvidosa em 1. O autor repetiu este estudo em 12

pacientes operados há mais de 6 anos, verificando a secreção em jejum, a secreção basal e as respostas à histamina e à insulina. Comparou os resultados do pós-operatório tardio com os do pós-operatório imediato, a fim de verificar se persistia a redução da acidez. Seus resultados foram os seguintes: houve elevação nos valores da acidez livre e da acidez total, da secreção em jejum e da secreção basal, atingindo valores superiores aos do pré-operatório. O estudo da resposta da secreção gástrica ao estímulo pela histamina revelou elevação nos valores da acidez no pós-operatório tardio em relação ao imediato, alcançando valores iguais aos valores máximos do pré-operatório. Em relação à insulina, foi confirmada a observação de outros autores sobre a falta de correspondência entre o quadro clínico e a prova da insulina. O autor teve



Sintomicetina

Lepetit *Lepetit*

casos com prova da insulina negativa em pacientes com quadro clínico e radiológico de úlcera, e casos com essa prova positiva em pacientes assintomáticos. De acordo com seus resultados, e aceita a importância da acidez na patogenia da úlcera duodenal, não pode recomendar a ressecção dos nervos vagos como método de tratamento cirúrgico da úlcera duodenal.

Estudo radiológico do estômago vagotomizado. David Rosenberg e Feres Secaf. — A ressecção dos nervos vagos determina profundas modificações na tonicidade e no peristaltismo do estômago. Observa-se, logo após a operação, que o estômago se dilata, torna-se atônico, com movimentos diminuídos, com grande retardo no esvaziamento, o que determina uma estase mais ou menos acentuada, que se traduz clinicamente por plenitude e pelas eructações mal-cheirosas de que se queixam estes pacientes. Todos os autores que se dedicaram a este estudo referem que estas modificações são transitórias, não precisando, contudo, seu tempo de duração. Em 1949, um dos autores (D. R.) apresentou os resultados imediatos da ressecção dos nervos vagos. Observou então as já referidas modificações do tono e do peristaltismo gástricos, bem comprovados radiologicamente. Verificou então que o quadro persistia em alguns pacientes meses após a operação. Esses pacientes foram acompanhados por meio de radiografias periódicas a fim de verificar quando se dava a normalização do funcionamento gástrico. Foram estudados, assim, 18 casos, dos quais 12 foram operados há mais de 6 anos. Os autores verificaram que, enquanto em alguns casos o quadro radiológico do estômago se normalizava num tempo mais ou menos curto (alguns meses), noutros casos a dilatação e a estase eram observadas 1, 2 e 3 anos após a operação e, em 5 casos, o quadro radiológico do estômago mostrava as citadas alterações mesmo 6 anos após a vagotomia. Assim, a dilatação e a estase gástrica devidas a atonia e diminuição dos movimentos gástricos, que se observam após a ressecção dos nervos vagos, não são tão transitórias como

alguns autores referem. Podem persistir por vários anos, sendo as responsáveis pela insatisfação desses pacientes em relação à operação a que se submeteram.

Resultados clínicos tardios dos nervos vagos no tratamento da úlcera duodenal. David Rosenberg. — O autor fez referência às pesquisas anatômicas por ele realizadas e projetou diapositivos mostrando os ramos do plexo esofágico que ele denominou cripto-esofágicos e cripto-esofagagástricos, que podem ser os responsáveis por uma vagotomia incompleta. Apresentou, a seguir, a técnica que usou em 34 casos de úlcera duodenal tratados pela ressecção dos nervos vagos por via torácica e por via abdominal, operados há mais de 6 anos. Apresentou os resultados clínicos, baseados em dados subjetivos dos pacientes. Em conclusão, notou: resultados excelentes (sem úlcera e sem queixa) em 9 casos; bons (sem úlcera, com queixas esporádicas, brandas) em 3 casos; maus (com úlcera ou queixas intensas) em 4 casos. Desses 4 casos, 2 têm queixa vaga de plenitude; são psicastênicos, nos quais exames radiológicos repetidos mostraram ausência de úlcera. Num caso houve recidiva da úlcera duodenal e, noutro, cicatrização da úlcera duodenal e aparecimento de úlcera gástrica. Os resultados clínicos tardios obtidos pelo autor no tratamento da úlcera duodenal pela ressecção dos nervos vagos não são de entusiasmar e coincidem com as verificações da Comissão de Vagotomia da Associação Americana de Gastreenterologia. A vagotomia passou a fazer parte do nosso arsenal cirúrgico, mas como um processo que deve ser associado à gastreenterostomia em pacientes em más condições gerais para suportar uma gastrectomia, ou naqueles casos em que as condições locais tornariam a exérese da úlcera muito perigosa. Pode ser associada à gastrectomia em pacientes jovens, hiperclorídricos, nos quais o fator nervoso é evidenciado por uma intensa resposta à prova da insulina. A vagotomia, associada ou não à degastro + gastrectomia, é um bom processo cirúrgico de tratamento da úlcera jejunal por gastreenterosto-

mia e sobretudo na úlcera jejunal por gastrectomia. Com muito cuidado, a fim de não ser usada em casos de câncer gástrico inicial ulce-

rado, pode a vagotomia ser empregada na úlcera gástrica juscárdica que exigiria uma gastrectomia total para sua remoção.

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Sessão em 7 de dezembro de 1955

Presidente: *Marcelo Pio da Silva*

Incidência da leucemia em nosso meio. Albino Amaral. — Baseado nos dados estatísticos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo até 1944 e na casuística do Hospital das Clínicas de São Paulo, de 1944 a 1954, o autor organizou gráficos, demonstrando que as leucemias crônicas e a doença de Hodgkin tiveram inci-

dência irregular, enquanto as leucemias agudas mostraram nítido aumento, progressivo e absoluto, confirmando a impressão geral que se tinha a respeito em nosso meio. Os linfossarcomas e mielomas continuaram extremamente raros, como anteriormente.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 5 de dezembro de 1955

Presidente: *Vicente Amato Neto*

Tratamento da amebíase intestinal pelo bicloridrato de dialil-dietil-aminoetilfenol (Camoform). Marcelo O. A. Corrêa e Vicente Amato Neto. — Utilizando o bicloridrato de dialil-dietil-aminoetil-fenol (Camoform), os autores trataram 14 pacientes com forma intestinal de amebíase, sendo que nenhum deles apresentava qua-

dro agudo da parasitose. Em relação a apenas um dos doentes os exames de controle evidenciaram persistência do parasitismo pela *Endamoeba histolytica*. As doses administradas variaram de acordo com a idade dos pacientes. A tolerância ao produto foi satisfatória.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 9 de dezembro de 1955

Presidente: *Ary Lopes de Almeida*

Icterícias parenquimatosas e obstrutivas na clínica. Ary Lopes de Almeida. — O relator procurou agrupar num quadro os diversos tipos de icterícias: pré-hepáticas, hepáticas e pós-hepáticas. As pré-hepáticas já foram estudadas em simpósio sobre icterícias hemolíticas. O estudo da icterícia exige exame minucioso do doente (anamnese e exame físico), sendo indispensável que o clínico saiba manipular e entender bem os di-

versos dados. As icterícias hepáticas compreendem as constitucionais e as parenquimatosas. Entre as constitucionais estão a familiar de Gilbert e a hiperbilirrubinemia constitucional direta. Na primeira só existe hiperbilirrubinemia indireta. Na hiperbilirrubinemia direta há bilirrubinúria e o fígado é inteiramente normal. A seguir, foram estudadas as icterícias parenquimatosas e obstrutivas. Nas primeiras foram consi-

derados os tipos agudos e crônicos e as que aparecem nas neoplasias e insuficiência cardíaca. De início, foi estudado o problema das hepatites a vírus, tendo sido projetados vários diapositivos mostrando a maior frequência dessas hepatites nos jovens e o quadro clínico nos seus sintomas característicos e na sua evolução. Os sintomas digestivos, nervosos e mentais são característicos das hepatites infecciosas agudas. O autor se baseou em 85 casos que conseguiu reunir nas 2.^a e 3.^a Clínicas Médicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Serviços dos Profs. Luiz V. Décourt e A. B. U. Cintra). A evolução foi estudada nos seus períodos pré-ictérico, ictérico e de convalescença. Foi considerado depois o problema relativo aos aspectos terapêuticos mais importantes dessas hepatites e aos critérios de cura. O autor passou depois a abordar alguns aspectos das icterícias tóxicas, baseando-se numa revisão de 48 casos observados no Hospital das Clínicas de São Paulo. Outro grupo de hepatite é constituído pelas hepatites crônicas, tanto na forma portal, como na pós-necrótica. Quanto aos tumores, a icterícia, quando existe, costuma ser discreta e terminal; na insuficiência cardíaca direita e nos estados de choque, a icterícia costuma ser devida à anóxia ou hemólise. A seguir, foram revistas as icterícias obstrutivas, que se subdividem em dois grupos: intra e extra-hepáticas. No primeiro subgrupo estão a colangiólite tóxica, a colângio-hepatite e as doenças hemolíticas. No subgrupo extra-hepático foram feitas considerações em torno da litíase do colédoco e das obstruções tumorais.

Relato dos problemas da icterícia vistos pelo cirurgião. Arrigo Raia. — O autor lembrou que o diagnóstico diferencial entre as icterícias médicas e cirúrgicas baseia-se essencialmente nos resultados das provas funcionais do fígado. Há casos complexos onde mesmo a intubação duodenal deixa dúvida sobre se se trata de icterícia médica ou cirúrgica. A colangiografia transparieto-hepática seria um meio propedêutico de grande valia nestes casos de dúvida. Entre as causas intracanaliculares de icterícia

obstrutiva, a mais freqüente é a calcúlose. Os cálculos precisam ser reconhecidos, mesmo porque, em 15 a 20% das colecistites crônicas, eles estão presentes e são responsáveis pela recidiva dos sintomas após a operação. A verificação de tais cálculos é feita por manobras manuais ou pelo método da colangiografia intra-operatória, processo que deve ser rotineiro na cirurgia biliar. Outra causa são os parasitas, sobretudo o *Ascaris*. As neoplasias são pouco freqüentes e de difícil tratamento porque, feito o diagnóstico, sobretudo quando de localização alta (hepática), são inoperáveis. Os estreitamentos dos canais biliares podem ser congênitos ou adquiridos. As atresias congênitas são de difícil tratamento cirúrgico. Os estreitamentos adquiridos devem-se geralmente a traumatismos operatórios ou são consequência de erros de técnica evitáveis. A melhor conduta nestes casos é o restabelecimento do trânsito. No colédoco podem ocorrer as obstruções de sua porção terminal, por inflamações (papilite esclero-atrótica) ou infecções das vias biliares. Há pacientes que, após uma operação, apresentam icterícia e cólica devidas a papilite ou espasmo do esfíncter de Oddi. Nas alterações do colédoco terminal indicamos a papilotomia ou ampulotomia. Quanto às obstruções exteriores podem ser devidas a várias causas: tumores, aneurismas, inflamações de vizinhança, sobretudo pancreatites. Nestes últimos casos, em que se pode ter uma compressão da porção terminal do colédoco, fazemos a sua drenagem e, a seguir, o estudo dessa porção. Na pancreatite crônica recidivante, pela ocorrência dessa compressão e icterícia, nossa orientação é fazer uma anastomose biliodigestiva com alça jejunal. Quanto à terapêutica das neoplasias do pâncreas, é ainda discutida. São freqüentes, tendo sido indicada a pancreato-duodenectomia, proposta por Whipple. Os doentes assim operados têm sobrevida curta (1 a 2 anos, raramente 5 a 10 anos). Daí, a opinião de outros autores, que acham inútil a indicação de uma operação tão extensa, havendo aqueles que procuram ampliar a erradi-

ANESTÉSICOS RHODIA

PARA ANESTESIA GERAL

ÉTER RHODIA

KELENE Geral



PARA ANESTESIA LOCAL

KELENE Local

SCUROCAINE



ANESTÉSICO INTRAVENOSO

NESDONAL



A marca de confiança,

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

cação do tumor. Como tal ampliação não melhora a sobrevida, torna-se discutível a técnica a ser indicada, exceto para o caso do câncer da ampola de Vater, onde a sobrevida se torna significativamente maior. Processos inflamatórios, neoplásticos ou de natureza desconhecida que atingem os gânglios linfáticos também são causa de obstruções biliares.

Icterícia em Pediatria. Guilherme Mattar. — O autor assinalou que, para o diagnóstico diferencial das icterícias na infância, é necessário um período de tempo relativamente longo de observação do paciente (cêr-

ca de 1 a 2 meses). A determinação seriada da bilirrubinemia fornece o melhor dado para o diagnóstico; uma curva ascendente fala em favor de atresia biliar, enquanto uma curva descendente favorece o diagnóstico de icterícia não cirúrgica. No lactente, os resultados das provas hepáticas devem ser tomados com reservas, pois têm valor relativamente pequeno, principalmente quando negativos. A fosfataseemia inicial elevada é mais freqüentemente encontrada em casos de atresia biliar. A ausência constante de bile fecal e urobilinogênio urinário favorece a possibilidade de icterícia cirúrgica.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

Sessão em 16 de dezembro de 1955

Presidente: *Diogo Pupo Nogueira*

Racionalização do trabalho intelectual. Edmundo Vasconcelos. — De início convém lembrado que "a cultura é uma oportunidade nada mais. Não garante nem sucesso, nem felicidade, nem riqueza. Tudo depende do uso que dela se faz" (G. F. Swain). Que, sendo o estudo uma preparação para um fim, deve-se estudar-se: 1) o que é necessário; 2) o que é útil; 3) o que é ornamental ou fonte de prazer intelectual. Convém ter sempre presente que a memória é falaz e claudica quando mais dela precisamos. É melhor confiar aquilo de que temos necessidade, não à memória, mas a notas escritas, classificadas e de fácil manuseio. Para tanto é preciso anotar e organizar o que se lê, o que se ouve, o que se vê, e o que se pensa; fotografar, classificar e guardar tudo o que for possível de ser desenhado ou fotografado (quadros, gráficos, esquemas, doenças, peças, lâminas, etc.), pois não há descrição que supere uma fotografia, não há demonstração mais viva e convincente do que esta; aprender a usar a máquina de escrever (juntamente com a máquina fotográfica, ela constitui objeto indispensável ao estudo médico); aprender a ter um caderno de bolso, com dias marcados, para anotar tudo o

que se deve fazer; para conservar e arquivar suas notas, só há um método — o das fichas classificadas. As fichas de estudo devem ser de dois tipos: 1) ficha de assunto, horizontal, medindo 5x8 polegadas; 2) ficha de autor, vertical, medindo 3x5 polegadas. As fichas devem conter notas, isto é, anotações pessoais de tudo o que se lê, ouve, vê e pensa, e que no momento não conhecemos, não está nos livros de texto, ou julgamos útil anotar como fatos ou opiniões que suplementam nossos conhecimentos. As idéias básicas e conhecimentos fundamentais devem ser adquiridos nos livros de texto, que já são organizados para tanto, sob uma forma perfeita; ninguém deveria assistir a uma aula, a um curso, ou ler um livro (que não seja o texto básico) sem o preparo prévio para fazê-lo. Em outras palavras, os livros de texto dão os conhecimentos fundamentais e tudo que a esse conhecimento se venha acrescentar é lançado em notas sobre fichas. Em princípio, cada ficha deve conter uma idéia completa, exata, com a citação da fonte donde promana. A citação deve ser uniforme. Se o assunto contiver duas ou mais idéias ou fatos diferentes é melhor fazer tantas fichas quantos forem os assuntos, pois

do contrário não é possível classificá-las e encontrá-las quando necessário. Deve inscrever-se notas, não descrições. Fichas detalhadas só de assuntos não familiares, difíceis, fundamentais, ou que não se tenha mais oportunidade de ler ou encontrar novamente, e de fatos que só poderão ser reproduzidos mediante descrição minuciosa e não se encontram em nenhum de nossos livros, ou em livros que não possam ser encontrados com facilidade. As notas em fichas devem ser completas mas concisas, e as fichas, na medida do possível, curtas. Para fazer notas condensadas deve-se: 1) ler ou ouvir até o fim e depois anotar; 2) distinguir com clareza o que são fatos, opiniões e conclusões; 3) omitir todas as palavras inúteis ou literárias; 4) usar abreviações; 5) só consignar o que for essencial; 6) tomar notas esparsas enquanto se lê, se vê ou se ouve, e depois fazer a ficha definitiva. A boa classificação das fichas é fundamental para se poder encontrá-las quando necessário. Deve-se para tanto usar a nomenclatura decimal, o quanto possível uma internacional. As fichas de assunto são classificadas, como é óbvio, pelos assuntos, e as de autor pelo último sobrenome. Os livros de texto constituem a base sobre a qual devemos iniciar os conhecimentos. Toda a aprendizagem restante será uma suplementação do que ali não está. É comum ver-se em aulas alunos tomando páginas e páginas de notas, de assuntos banais que estão em qualquer manual. É preciso ainda que se saiba usar os livros-textos. Assim: 1) os livros-textos devem ser propriedade particular; 2) de cada capítulo lido deve-se fazer uma ficha-resumo, concisa, para saber o que nele se contém; 3) tudo o que está no texto não é necessariamente verdade e deve ser cotado com outros textos ou com a experiência diária, nossa ou de outros; esta é que será anotada em fichas; 4) aumente a sua capacidade de ler, aprendendo a ler rapidamente e com maior eficiência. Entre os livros fundamentais estão os dicionários, dos que ninguém pode prescindir. A melhor técnica é não deixar passar fato, idéia, palavra ou coisa que fique sem clareza perfeita, para

tanto recorrendo ao dicionário sempre que se depare qualquer coisa desconhecida. Há vários livros de bolso de que o médico tem necessidade permanente: manual de diagnóstico, manual de terapêutica, interpretação de exames de laboratório, etc. O "Physician's Handbook" é indispensável a todos e deve ser traduzido no bolso, pois aí está resumido tudo o que é necessário conhecer ou lembrar a todo o momento. Para aprofundar os conhecimentos médicos há várias fontes a que se deve recorrer; há as publicações anuais que fazem a revisão de todos os progressos havidos durante o ano em determinado setor; assim, os "Year-books" dão em resumo extenso todos os progressos e novos métodos aparecidos e são útil fonte de conhecimentos e de suplementação dos textos básicos. Por fim, as revistas médicas. A publicação denominada "Index Medicus" compreende todos os títulos dos trabalhos médicos publicados durante o ano; podem ser aí procurados por ordem de órgão e depois de assunto, todas as questões publicadas em periódicos médicos durante o ano. Para compulsá-lo é melhor procurar o artigo mais recente e mais extenso; é uma simples indicação, nem sempre válida, mas as maiores probabilidades são de que se encontrem aí as idéias e as fontes mais recentes e comentários dos já publicados e, não raro, a crítica deles; esse artigo nos dará ainda a lista bibliográfica para procedermos à pesquisa bibliográfica e ao estudo dos artigos anteriores. A consulta do "Index Medicus" deve, pois, iniciar-se pelo mais recente, remontando aos volumes anteriores. Ao acompanhar um doente, ao estudar uma moléstia, ao assistir uma operação ou um tratamento, deve o aluno resumir os fatos fundamentais novos que viu, juntar aos seus comentários e anexar à ficha na posição que lhe cabe. Ao estudar, por exemplo, um caso de úlcera do estômago, deve fazer uma ficha do que mais importante viu, cotejar com o que dizia o livro-texto, fazer outra ficha com anotações do diagnóstico radiológico, se assiste a operação anotar o que de interesse viu e por fim a todas essas fichas pôr o número de

classificação (640-951) e conservá-las no fichário. Não raro deve fazer uma ficha de necrópsia, anotando a correlação dos sintomas clínicos e das lesões anátomopatológicas. Isso constituirá manancial que, ao cabo de alguns anos, não tem preço, como experiência pessoal codificada e documentada. O mais é passar fatos sem os ver, ou melhor, sem os reter. Livros sobre a arte de estudar: *How to Read Better and Faster*, de Nor-

man Lewis; *Organization du Travail Intellectuel*, de P. Chavigny; *The Technique of Study*, de Claude C. Crawford; *Note Taking*, de S. S. Sewar Jr.; *How to Study*, de G. F. Swain; *How to Study*, de F. Sanford; *How to Study*, de A. W. Kornhauser; *Annotated bibliography on guidance teaching how to study*, de J. G. Walker e N. Walker. "The Vocational Guidance Magazine", 7: 82-84, 1928.

Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 31 de maio de 1954

Presidente: Dr. Paulo Giovanni Bressan

Coagulação e trombose. — Dr. Luis Gonzaga Murat. Tratando-se de um assunto de interesse em todos os setores médicos, procurou o orador não descer a minúcias, expondo apenas os pontos básicos para uma justa aplicação na prática, quando se tem necessidade de orientar o diagnóstico e a terapêutica. Deixando de lado as diferentes teorias explicativas da coagulação assinala de passagem a teoria de Moravitz, aceita até 1933, em que a tromboplastina, unindo-se à protombina e ao cálcio da origem à trombina: esta por sua vez, unindo-se ao fibrinogênio da como resultado a fibrina. Depois de 1933 os estudos sobre a coagulação com sua aplicação no diagnóstico e terapêutica das moléstias hemorrágicas evoluíram sob bases da teoria de Quick, da qual passa a tratar. Segundo Quick, um fator das plaquetas (resultante da ruptura das plaquetas) que em se ligando ao tromboplastinogênio (existente no plasma) leva à formação da fibrina. Do fator das plaquetas resulta a tromboplastina, que também tem origem nos tecidos, a qual unida à protrombina e aos sais de cálcio e a um fator lávil dá a trombina. Por sua vez a trombina e o fibrinogênio formam a fibrina.

Compreende-se então, porque a lesão dos vasos, desprendendo a tromboplastina leva à formação de fibrina. Compreende-se também que a

falta de tromboplastina leva à trombopenia, responsável pela púrpura; que a falta de tromboplastinogênio é responsável pela hemofilia; que a falta de protrombina acarreta a hipotrombinemia.

Expôs o autor a orientação terapêutica dos medicamentos coagulantes. Alguns medicamentos são substituídos de ação terapêutica por não suprirem os elementos ausentes ou deficientes, responsáveis pelas moléstias hemorrágicas.

Ao lado do tratamento surge outro problema de grande importância, isto é, o da propedêutica, exigindo-se para um diagnóstico exato, de exames de laboratórios adequados, tais como a contagem de plaquetas, o tempo de coagulação, a dosagem do tromboplastinogênio, da protrombina, da vitamina K, e a determinação da tromboplastina. Passando a tratar da trombose mostra a complexidade do seu mecanismo de produção, devendo-se levar em consideração o terreno pessoal, a lesão vascular, a ação de substâncias coagulantes e a infecção. Estudada sob bases atuais admite-se como responsável pela trombose modificações físicas, químicas e locais: a) físicas — um potencial, que alterando o sentido das cargas elétricas no interior dos vasos, favorece o aparecimento da trombose; b) químicos — aumento de substâncias coagulantes ou diminuição das anticoagu-



*Nos estados
dolorosos
de origem espasmódica*

ESPASMO-CIBALENA

Supositórios

Drágeas

Empólas

Produtos Químicos **CIBA** S.A.

C. Postal 3437

Rio de Janeiro

lantes (heparina); c) locais — responsáveis por lesões micro ou macroscópicas ou funcionais como adesão de plaquetas e posterior quebra destas com desprendimento do fator das plaquetas.

Na terapêutica são contraindicados os movimentos bruscos e violentos, bem como compressas frias. Recomenda-se o repouso absoluto, compressas quentes, vaso dilatadores (papaverina) penicilina e anticoagulantes (heparina) (dicumero) e (tromexan).

Detendo-se no estudo dos anticoagulantes insiste nos cuidados de sua

dosagem e estabelece normas de administração, especialmente ao que se refere ao tromexan que recomenda na dose de 4 comprimidos no 1.º dia, 1 no 2.º dia e 3.º dia, $\frac{1}{2}$ no 4.º dia e depois $\frac{1}{2}$ cada 4 dias e $\frac{1}{2}$ cada semana, suspendendo-se a sua administração gradativamente. Essa orientação, fundamentada na observação pessoal, não dispensa exames de laboratório para dosagem da protrombina. Comentaram o trabalho os Drs. Dionísio Klobusitzky, Eurico Branco Ribeiro, Moacir Boscardin e Paulo G. Bressan.

Sessão em 14 de junho de 1954

Presidente: Dr. Paulo Giovanni Bressan

Físico-química da formação de edema e da inflamação. — Dr. Dionísio Klobusitzky. O conferencista partiu da afirmação de que os edemas são conseqüências duma alteração do movimento entre a água circulante e a água contida nas células, enquanto a formação do exsudato se dá quando a porosidade das paredes dos vasos capilares e das membranas celulares fica aumentada.

Baseando-se no modo de agir dos fatores físico-químicos que influem no movimento de água o autor apresentou os seguintes 4 grupos de edemas: a) edemas por aumento da pressão hidrostática nos capilares; b) edemas por pressão oncotica alterada; c) edemas por pressão osmótica aumentada no líquido intertissular; e d) edemas por entumescimento. Os do grupo a correspondem aos edemas por estase, e a eles pertence o edema por cirrose alcoólica. Os edemas causados por contusões, nefroses, nefrites correspondem ao grupo b. Os edemas do grupo c são secundários, pertencendo à esse grupo os edemas por inanição, por acumulação de sais de iodo, de cloro (edemas de

Nace das crianças subnutridas), extirpação de glândulas linfáticas, linfadenite provocam edemas pertencentes ao grupo d, sendo as duas últimas causas de modo secundários.

Na inflamação há acidose no líquido intertissular, permeabilidade aumentada das membranas celulares (a ligação mecânica entre proteínas, assim como entre proteínas — lipídeos tornam-se frouxas), dissolução da substância grudadora entre as células epiteliais da parede dos capilares, aumento das pressões oncotica e osmótica no líquido intertissular, desequilíbrio do quociente $\frac{K}{ca}$ (em consequência da saída do K das células), em suma: um completo caos das constantes físico-químicas.

Finalizando mencionou a possível importância da difusão no desenvolvimento da septicemia.

A uremia nas obstruções do cólecoco. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O autor teceu considerações sobre duas observações clínicas.

**PHILERGON — Fortifica de fato
UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES**

Sessão em 5 de julho de 1956

Presidente: Dr. Paulo Giovanni Bressan

Valor dos neurolépticos e da anestesia potencializada na cirurgia do hipertireoidismo. — Dr. José Finocchiaro. O autor fez o histórico dos medicamentos usados nas intervenções sobre a tireóide até às drogas tireoinibidoras. Depois de se referir ao emprego do iodo e de outros medicamentos descreve o preparo dos doentes em sua clínica. Finalizando o trabalho apresenta algumas observações que fez com o uso do Amplicitil e Phenergan.

O trabalho foi pôsto em discussão e fizeram uso da palavra para comentar o mesmo os Drs. Fuad, Moacyr Boscardin e Paulo G. Bressan.

Tratamento cirúrgico do mega-esôfago. — Dr. João de Oliveira Mattos. O autor disse que desde 1938 vem usando uma técnica própria para a

cura cirúrgica do megaesôfago, já publicada. É de opinião que inicialmente deve ser tentado o tratamento por balões dilatadores, seguido-se necessário, do tratamento cirúrgico.

Em seguida descreve a sua técnica e projeta um filme para ilustrar a descrição.

Fizeram comentários sobre a comunicação os Drs. Fuad, José Finocchiaro e Eurico Branco Ribeiro.

Anatomia das artérias brônquicas. Dr. Fuad Al Assal. O autor, depois de fazer o histórico dos trabalhos sobre o assunto desde 1911 até os mais recentes, tece comentários sobre os dados anatômicos das artérias brônquicas, fazendo depois referências do ponto de vista patológico. Finaliza o trabalho apresentando um esquema dos casos estudados.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina. — Departamento de Anestesiologia, sessão de 28 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Bloqueio do gânglio estrelado nas moléstias vasculares cerebrais — Dr. Jorge Armbrust de Lima Figueiredo; 2) Sobre o emprego dos barbitúricos por via venosa em obstetria — Dr. Cyro Ciari.

Departamento de Cancerologia e Otorrinolaringologia, sessão de 13 de junho de 1956, ordem do dia: Tema: Tumores malignos do maxilar superior. 1.ª parte — Diagnóstico: 1) Estudo radiológico — Dr. Jacyr Quadros; Anatomia patológica — Dr. Antônio Cardoso de Almeida; 3) Estudo Clínico — Dr. Jorge Fairbanks Barbosa.

Departamento de Cancerologia e Otorrinolaringologia, sessão de 19 de junho de 1956, ordem do dia: Discussão do tema — Tumores malignos do maxilar superior: 2.ª parte — Tratamento: 1) Tratamento radiote-

rápico — Dr. Osolano Machado (Rio de Janeiro) convidado; 2) Tratamento cirúrgico — Drs. Fábio Barreto Matheus e Antônio Corrêa.

Departamento de Cirurgia, sessão de 11 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Gastrectomia e Bilioth 1. Técnica e resultados imediatos — Dr. David Rosenberg; 2) Enxertos ósseos na reparação de defeitos da região frontal — Drs. Paulo de Castro Correia, Aluísio de Oliveira Marcondes e Nelson Assumpção Olyntho; 3) Obstrução do trato alimentar no período neo-natal — Drs. Roberto Vilhena de Moraes e Fernando Chamas.

Departamento de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 11 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Reticulose histocitária em lactente com xantomatização. Posterior estabilização pela cortisona e regressão pela neve carbônica — Dr. Benjamin Bilberg; 2) Neurodermite zaniforme

hemilateral — dr. Norberto Belbioni;
3) Clorpromazina no penfigo foliaceo (pomada, comprimidos e injetável — dr. José Aranha Campos.

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, sessão de 28 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Avulsão anular do colo do útero, com distócia cervical — drs. W. Sousa Rudge, Bernardo Blay, Antônio Luisi e José Mathias; 2) Pangenitalite tuberculosa, associada à fibromioma uterino — drs. Paulo de Godoy e Arnaldo Dellivenneri; 3) Hepatite por vírus no ciclo grávido-puerperal — drs. C. Giordano, Mansur Gebara, Rubens Angulo e Ddo. Did el Kadre.

Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Foco autotone de esquistossomose no Vale do Paraíba (nota prévia) — drs. Renato R. Corrêa, David Coda e Ubaldino A. Olivenra; 2) Reação de fixação do complemento para leishmaniose visceral com antígeno de tuberculose; acompanhamento sorológico em doentes submetidos a tratamento — drs. Victor Nussenzeig e Ruth Nussenzeig.

Departamento de Medicina em colaboração com a Secção de Endocrinologia do Departamento de Clínica Médica da Escola Paulista de Medicina— Serviço do Prof. Jairo Ramos, sessão de 27 de junho de 1956: Conferência: Meios de investigação da fisiologia e da fisiopatologia da flândula tireóide. Iodo proteico e iodo radioativo — dr. Danilo de Albuquerque, assistente do Instituto de Endocrinologia da Universidade do Brasil.

Departamento de Oftalmologia, sessão de 18 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Ectrópico palpebral — Correção com enxerto de pele — dr. Roberto Farina; 2) Evolução clínica das complicações do segmento anterior post-operação da catarata (nota prévia) — dr. Jorge Willmersdorf (convidado).

Departamento de Ortopedia e Traumatologia, sessão de 28 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Gôta úrica no Brasil. Com demonstração ana-

tomopatológica — drs. Jorge Michalany, Josedyll de Camargo Lima e Stefan Bryk.

Departamento de Pediatria, sessão de 12 de junho de 1956, ordem do dia: Simpósio sobre: Adolescência: 1) Aspecto clínico — dr. Reynaldo Marcondes; 2) Aspecto psiquiátrico — dr. S. Krynski; 3) Aspecto endocrinológico — dr. Attilio Zelante Flosi; 4) Aspectos psicossomático — dr. Luiz Muller de Paiva.

Departamento de Radiologia e Eletricidade Médica, sessão de 12 de junho de 1956, ordem do dia: Simpósio sobre invaginação intestinal — Valor do clister baritado no diagnóstico e na terapêutica. Radiologistas — dr. Paulo de Almeida Toledo e Fernando Chammas. Pediatras — drs. Augusto Gomes de Mattos, Alencar de Carvalho e Gilson Quarentel. Cirurgiões infantis — drs. Virgílio Alves de Carvalho Pinto, Primo Curty, Fábio Doria do Amaral e Carmino Caricchio.

Departamento de Radiologia e Eletricidade Médica, sessão de 22 de junho de 1956, ordem do dia: Simpósio sobre Radiopelvimetria: 1) Valor da radiopelvimetria na assistência obstétrica, — dr. Alberto Raul Martinez; 2) Dados radiopelvímétricos de importância clínica. Relatório radiológico — dr. César de Paula Martins; 3) Técnicas radiopelvímétricas — dr. Antônio Clemente Filho; 4) Comendador dr. Domingos Delascio.

Departamento de Tisiologia e Moléstias Pulmonares, sessão de 22 de junho de 1956, ordem do dia: Apresentação de vários trabalhos a cardiopatas em doentes pulmonares.

Departamento de Urologia, sessão de 25 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Cirurgia endoscópica e revisão anatomo-patológica de 45 casos de tumores vesicais — drs. Darcy Vilela Itiberê, Antônio Cardoso de Almeida e Feliciano Bicudo Neto; 2) Cirurgia endoscópica dos tumores da bexiga — prof. Guerreiro de Faria (convidado); 3) Cirurgia dos tumores da bexiga — prof. Geraldo Campos Freire.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

SÃO PAULO — Rua Bitencourt Rodrigues, 180
Caixa Postal 439



Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 27 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Esclerose tuberosa de Bourneville. Estudo clínico e anátomo-patológico das formas: completa e frusta (3 casos) — drs. Benedito A. Sampaio, Antônio Luisi e Jairo de Andrade e Silva.

Centro de Estudos Médicos da Divisão de Serviços de Tuberculose, sessão de 10 de junho de 1956, ordem do dia: Considerações sobre alguns casos de cirurgia geral em pacientes com tuberculose pulmonar ativa — drs. Bindo Guida Filho e eRinero de Souza Carvalho Filho.

Centro de Estudos Médicos Santa Joana, sessão de 13 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Equilíbrio proteico e vitamínico em cirurgia — dr. Pedro Jabur; 2) Eleição da nova diretoria.

Colégio Brasileiro de Cirurgões, (Capítulo de São Paulo), sessão de 22 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Corpora in visca extranea — dr. Honório Dias Soares; 2) Alguns aspectos da cirurgia conservadora do aparelho genital masculino — dr. José Taliberti; 3) O checkup dos prostáticos — dr. Atalide Pereira; 4) Abordagem do rim tumeroso — dr. Darcy Villela Itiberé; 5) Nefro-lipomatoso — dr. Eduardo Costa Manso.

Manicômio Judiciário, sessão de 8 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Ferimentos leves. Exame mental negativo — dr. Luiz de Almeida Prado Galvão; 2) Estupro. Exame mental negativo — dr. Paulo Fraletti; 3) Homicídio. Embriaguês patológica em epileptico — dr. Wilson de Souza Carvalho; 4) Tentativa de estupro. Considerações diagnósticas — dr. Odon Ramos Maranhão.

Sessão de 13 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Estupro. Considerações diagnósticas; 2) Furto praticado por débil mental — dr. Odon

Ramos Maranhão; 3) Homicídio. Embriaguês patológica. Epilepsia — dr. Wilson de Souza Carvalho.

Maternidade Modelo, sessão de 27 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Cardiopatia e gravidez — dr. Pinto Lima (convidado); 2) Apresentação podálica — Revisão bibliográfica — dr. Sílvia Revelo de Cunha.

Sociedade Brasileira de Angiologia, sessão de 11 de junho de 1956, ordem do dia: Conferência sobre "New approaches to the large blood vessels grafts" — dr. James F. Connell Jr. diretor do Laboratório de Pesquisas de Cirurgia e Queimaduras da Faculdade de Medicina da Universidade de Nova York e professor-adjunto de cirurgia.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 15 de junho de 1956, ordem do dia: Tema — A Cirurgia no paciente idoso: 1) do pré e post-operatório — dr. Paulo Rebocho e dra. Deolinda M. Cortez; 2) do papel do anestesista — dr. Moacyr Boscardin; 3) das afecções mais frequentes (Revisão do material do Sanatório São Lucas do período de 1939 a 1955) — dr. Paulo G. Bressan.

Sessão de 26 de junho de 1956, ordem do dia: A cirurgia da tireoide no Sanatório São Lucas — dr. Eurico Branco Ribeiro; 2) Sobre um caso de hibernona — drs. Moacyr Boscardin e Ferdinando Costa.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de São Paulo sessão de 12 de junho de 1956, ordem do dia: Infecção da mão. Bases anatômicas e apresentação de caso — drs. José Geraldo de Camargo Lima e Aurélio Caetano da Silva Júnior.

Sessão de 27 de junho de 1956, ordem do dia: 1) Pneumoventrículograma traumático — dr. Juvenal da Silva Marques; 2) Pneumectomia toral com ligadura intrapericárdica — dr. Jayme Rodrigues; 3) Urgências em ortopedia — dr. Samuel Atlas.



Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:
Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm.³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos Médicos da Força Pública de São Paulo, Vol. III, n.º 4, dezembro de 1955. Sobre a segurança da anestesia raqueana — Bluce M. Anderson; Crítica da anestesia pelo "Thionembatal" depois de vinte anos de uso e abuso — Dr. Vicente J. Collins; Diretor do Hospital, Médico ou Leigo? Octávio Martins de Toledo; Acidentes no Hospital meios de preveni-los — José Rodrigues Louzã; A sífilis como Problema Sanitário Brasileiro — Dr. J. Martins de Barros; Responsabilidades da Medicina Militar — Cel. H. G. Moseley; Acidentes e Morte por ácido Nítrico Fumegante — Capt. A. J. Mc. Adams Stephen Krop.

Boletim de Higiene Mental, Ano XIII, n.º 139, fevereiro de 1956. Os três andares da consciência no problema do conhecimento — Dr. J. N. de Almeida Prado.

Pediatria Prática, Vol. XXVI, n.º 4, abril de 1956. Síndrome espinhal amiotônica-amiotrófica de Werdnig-Offmann-Oppenheim — Jorge de Me-deiros; Perspectivas psicossomáticas em depiatria — Gilberto de Macedo; Hérnias na infância (atualização) — Roberto de Vilhena Moraes.

Resenha Clínica-Científica, Ano XXV, n.º 2, fevereiro de 1956. J. M. Essenberg — A erva divina — Aspectos clínicos — A erva divina — Aspectos clínicos e experimentais do problema do tabaco; Atilio Zelante Fiosi — Ação do ACTH intravenoso sobre a fosfatemia; Carmelo Aless e Maltese Le Roy — O problema da prostactectomia; Atualidades em sínteses; Alterações articulares no "Lupus erythematosus disseminatus (Jacques Houli); Alimentação dos cardiopatas e dos velhos; Profilaxia da aterosclerose; Tratamento da febre tifóide na infância.

Revista do Hospital das Clínicas, Vol. XI, n.º 2, março-abril de 1956. A significação clínica da retinopatia na síndrome vascular de diabetes — Manoel Barros Mattos, Paulo Cardoso Rebocho, Egle Renata Attadia e Sérgio Lustosa Cunha; a A reação de alarme em cirurgia. Variação pré-intra e pós-operatória dos eosinófilos circulantes — Romeu Cianciaruto; O efeito do acetato de hidrocortisona sobre a formação de aderências peritoneais. Estudo experimental e preliminar — Licurgo J. Franceschini; Importância da prova cruzada em transfusão de sangue. Sobre mais um caso de anticorpo hr' (anti-c), revelado em nosso meio — Adib Domingos Jatene, Oscar Yahn, Carlos da Silva Lacaz, A. Dellivenneri e Victor Salcedo Vega; Tratamento da esporotricose pelo Glucantime. Considerações a respeito de dois casos — Norberto Belliboni e Luiz Dias Patrício; Inversão de mamilo. Contribuições ao tratamento cirúrgico — Victor Spina.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XVI, n.º 4, abril de 1956. Teratoma da placenta — Dr. Domingos Delascio; A denominada "struma lymphomatosa" de hashimoto. Estudo de um caso clínico, observado durante dois anos após a tireoidectomia — Drs. Sebastião Hermeto Júnior e Paulo Chedid Simão.

Revista Paulista de Hospitais, Vol. IV, n.º 3, março de 1956. Atividades de nutrição da Unidade Sanitária — Paulo C. Castro; Serviço Médico grátis ou pago? — Dr. Lucílio Feliciano de Castilho; História da Medicina do Brasil — Trajes dos profissionais da Medicina nos primeiros tempos coloniais — Dr. Licurgo Santos Filho; A estatística na administração hospitalar — Halbert L. Dunn; Evolução histórica da Assistência Médico-Social — Dr. Humberto Balla-

A experiência desvendou a sinergia
funcional do grupo vitaminico β .
Reunir seus elementos racionalmente
é forjar arma segura contra os estados
carenciais deste complexo.



riny; Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral — Experiência do Hospital dos Comerciantes de São Paulo — Dr. Laertes Ferrão; A enfermeira do hospital — Irm. Aurora Maria de São Francisco; Serviço de esterilização num Hospital Geral de 200 leitos — Dr. Ruy Pinto Cunha; Núcleos Móveis e Serviço Médico domiciliar — Dra. Elza R. Aguiar.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 48, n.º 2, fevereiro de 1956. Síndrome pós-flebitica. Orientação diag-

nóstica e terapêutica — Fuad Al As-sal, E. Vasconcelos e Theóphilo Reiff; Cirurgia cardíaca a céu aberto. Emprego do coração artificial (método original) — I: Técnica e resultados experimentais. II: Resultados imediatos dos primeiros pacientes operados — Hugo J. Felipozzi, Adauto Barbosa Lima, Rubens de Guimarães Santos, Maria Vitória Martin, Laio Gomes d'Oliveira, André H. J. Nicolai e José dos Santo Perfeito; A colecistocolangiografia por via combinada — Henrique Walter Pinotti.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho

Dados históricos sobre a sua fundação. — Na sessão do dia 19 de fevereiro de 1920, da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, hoje Academia de Medicina de São Paulo, de que era presidente o dr. José Ayres Netto, o professor Arnaldo Vieira de Carvalho propôs que a Sociedade tomasse a iniciativa da fundação de um Instituto de Radium em São Paulo. Tomando em consideração o pedido, o presidente nomeou uma comissão composta dos Drs. Arnaldo Vieira de Carvalho, Osvaldo Portugal e Rafael P. de Barros, outorgando-lhe plenos poderes para agir naquele sentido.

O dr. Arnaldo Vieira de Carvalho chefiou a campanha de fundos, iniciada no dia 26 de fevereiro de 1920, com o primeiro donativo de Cr\$ 1.000,00.

Quatro meses depois, a 5 de junho de 1920, falecia o fundador da Faculdade de Medicina. Até 3 dias antes de sua morte tinham sido arrecadados Cr\$ 509.937,80 — quantia essa que se elevou a Cr\$ 532.463,80 no final desse ano de 1920.

No ano seguinte, a campanha rendeu apenas Cr\$ 10.973,40, todavia, uma feliz operação cambial para compra do radium, resultou num lucro de Cr\$ 427.750,00 para os cofres do Instituto. Em 1922, os donativos atingiram apenas Cr\$ 5.830,00.

Mediante entendimento prévio com a Santa Casa, o I.A.V.C. iniciou sua

edificação em terreno cedido por aquela Irmandade no ano de 1925. O prédio, com um pavimento térreo e 2 andares, foi inaugurado em novembro de 1929, tendo o I.A.V.C. despendido com a sua construção, até essa data, a quantia de Cr\$ 834.916,30.

As primeiras dotações de radium foram adquiridas no ano de 1922, num total de 357,50 miligramas, pelo preço de Cr\$ 298.884,60.

Nessa mesma época foi comprado um aparelho de Radioterapia no valor de Cr\$ 34.127,00.

O balancete desses 10 anos que precederam a inauguração do I.A.V.C. revelou que houve um débito de Cr\$ 1.189.579,30 para um crédito de Cr\$ 1.208.059,10. O único resto a pagar era de Cr\$ 93.331,50, para a firma "Severo e Vilares", construtores do prédio. Esse débito foi saldado alguns anos mais tarde, em duas prestações, de modo que o preço total do edifício foi: Cr\$ 931.668,80.

Em 1939, teve início a edificação do 4.º pavimento, e mais tarde a incorporação de mais 400 miligramas de radium — elemento, como fruto de uma campanha que obteve para São Paulo 1 grama de radium, destinando-se os primeiros 400 miligramas para fins terapêuticos, doados ao I.A.V.C. Os restantes 600 miligramas couberam ao Laboratório de Física da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.



VACINBUC

Em dosagens eficientes :

**Formosulfatiazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope
 de Glicose em suspensão de paladar agradável.**

Diarréas processos desintéricos e inflamatórios intestinais

★

LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

ESCRITÓRIO: Parque D. Pedro II, 862 - 876 — LABORATÓRIO: Rua Copacabana, 15-A
 Telefones: 33-5916 e 35-1013 (Rêde interna) São Paulo, Brasil.

Alguns anos depois adquiriu-se nova dotação de radium, isto é, 500 miligramas, despesa que importou em Cr\$ 306.402,10.

Seguiram-se, também, compras para equipamento, instrumental e aparelhagem especial, num total de Cr\$ 1.047.228,90, assim como reformas, reaparelhamento e recondicionamento de radium nos Estados Unidos etc., que, somados aos gastos com a manutenção do I.A.V.C., representam mais de 30 milhões de cruzeiros nestes 26 anos de funcionamento.

Acompanhando a evolução técnica e científica da instituição, sua assembléia geral resolveu reformar os estatutos, que datavam de 8 de novembro de 1921.

As novas disposições estatutárias determinam, como antes, que o I. A. V. C. procurava o diagnóstico e o tratamento dos tumores por meio do radium, dos "raios-X" e de outros agentes físicos, bem como da cirurgia especializada e outros meios. Outras doenças que se beneficiem com a mesma terapêutica, também fazem parte dos seus objetivos. Cuida ainda o novo estatuto do incentivo às investigações científicas relativas ao problema do câncer e dos agentes empregados no seu tratamento, da promoção de cursos de especialização e aperfeiçoamento e da cooperação nos movimentos de combate ao câncer juntamente com organizações públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras.

O I. A. V. C. está organizado segundo os modernos conceitos da administração hospitalar. Seu trabalho é de equipe, obedecendo portanto ao lema das verdadeiras organizações anticancerosas que são baseadas, tôdas êles, no trabalho científico

da instituição. Quanto à soma de benefícios prestados pelo I. A. V. C., será bastante dizer que todos os indigentes, não só os que são enviados pela Santa Casa, como os que procuram diretamente a instituição, são tratados gratuitamente, quer nos ambulatórios, quer nas enfermarias do Instituto, que possui 76 leitos, dos quais 38 reservados aos indigentes.

A instituição é hoje dirigida pela seguinte Diretoria: presidente, dr. José Ayres Netto; diretor-técnico, dr. Oswaldo Portugal; diretor-superintendente, dr. Plínio Freire de Mattos Barretto; diretor-tesoureiro, dr. Pedro Ayres Netto.

Conta 9 chefes de serviço, sendo que, ao todo, o seu corpo clínico é composto de 17 médicos, que, além do trabalho diário habitual, se reúnem semanalmente em sessões científicas, para a necessária troca de idéias e aperfeiçoamento dos métodos de orientação terapêutica e de pesquisa.

E' oportuno relembrar êstes dados referentes à história do Instituto, hoje tão ampliado, mas dentro de seus primitivos moldes, que, para justiça de quem lhe deu o primeiro sôpro, figure o nome aureolado de Arnaldo Vieira de Carvalho, cujo 36.º aniversário de seu falecimento foi, há dias, comemorado em tocante e significativa homenagem junto a sua herma, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Releva notar a circunstância de que, entre tantas benemerências que exaltam cada vez mais a figura de Arnaldo Vieira de Carvalho, cabe também o Instituto de Radim, que foi a sua última criação, lamentando São Paulo o seu desaparecimento justamente quando, com pleno êxito conquistava mais êsse grandioso benefício para a sua gente.

Academia de Medicina de São Paulo

Prêmios para 1956. — Estarão abertas até 31 de outubro as inscrições para os prêmios de 1956, que serão conferidos pela Academia de Medicina de São Paulo.

São os seguintes os prêmios a serem distribuídos:

Prêmio "João Florêncio Gomes" para trabalho sobre Zoologia Médica ou Parasitologia Brasileira (Diploma e medalha de ouro).

Prêmio "Etheocles Gomes" para trabalho sobre Fisiologia (Diploma e medalha de ouro).

Prêmio "Giovanni Lorenzini" para trabalho sobre Nutrição, Vitamínologia, Gastroenterologia ou Síndromos Hemorrágicos (Diploma e Cr\$ 10.000,00 para o primeiro classificado e diploma e Cr\$ 5.000,00 para o segundo classificado).

Prêmio "Antônio Prado" para trabalho sobre Endocrinologia Clínica (Diploma e Cr\$ 10.000,00).

Prêmio "Oswaldo Cruz" para o melhor trabalho sobre qualquer assunto relativo a um dos ramos da medicina (Diploma e Cr\$ 20.000,00).

Só poderão receber esses prêmios os médicos que tenham diploma regularmente registrado nas repartições competentes do país.

Os concorrentes deverão enviar, à Secretaria da Academia, à rua Roberto Simonsen, 97, os originais de trabalhos individuais ou em colaboração.

Deverão ser inéditos, escritos em português, datilografados em espaço duplo, de um só lado do papel, assinados e com folhas numeradas, rubricadas com pseudônimo e acompanhados de um envelope fechado encerrando o nome do autor ou autores e sobrescrito com o pseudônimo e o título do respectivo trabalho.

Associação Paulista de Medicina

Prêmios a serem distribuídos em 1956. — A Associação Paulista de Medicina distribuirá este ano os seguintes prêmios, figurando entre parênteses, a especialização a que são destinados:

A. C. Camargo (Cirurgia — Adolfo Carlos Lindenberg (Dermato-Sifilografia) — Benedicto Montenegro (Cirurgia do Aparelho Digestivo) — Enjolras Vampré (Neurologia) —

Honório Llibero (Otorrinolaringologia) — José de Almeida Camargo (Cultura Geral) — José Pinto Alves (Parasitologia Médica) — Margarido Filho (Pediatria) — Nicolau de Moraes Barros (Ginecologia) — Pravaz, Laboratórios S.A. (Patologia e Clínica do Fígado e Vias Biliares) — Vicente Baptista (Vitaminologia).

As inscrições serão encerradas dia 31 de outubro.

Necrológico

Professor Dr. Nicolau Maria Rossetti. — Causou profunda consternação, nesta Capital, o falecimento do pro. Nicolau Maria Rossetti, catedrático da Escola Paulista de Medicina desde 1933, da cadeira de Clínica Dermatológica e Sifilográfica. O prof. Rossetti era diplomado pela Faculdade de Medicina de Universidade de Nápoles, em 1917, com distinção e louvor. Fez revalidação de seu diploma na Faculdade Nacional de Medicina. Aposentado no Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, foi médico dermatologista do Instituto de Higiene de São Paulo; chefe do Serviço de Sífilis da Clínica Obstétrica de São

Paulo; ex-inspetor-chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepre; inspetor sanitário (dermatologista) da Inspetoria de Higiene do Trabalho do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo; membro da Sociedade Alemã de Dermatologia (Deutsche Dermatologische Gesellschaft). Esteve por três vezes em centros científicos da Europa (Paris, Berlim e Viena) em estudos da especialidade. Diplomado pelo Curso de Dermatologia e Venereologia da Faculdade de Paris, no curso de vias urinárias da mesma Faculdade. Foi relator do I Congresso da Associação Paulista de Medicina em colaboração com o prof. Pedro de Alcântara. Publicou vários

livros, entre eles o "Tratamento da "Sífilis na Infância" e o trabalho sobre "Acidentes tóxicos dos arsenicais pentavalentes". Foi comissionado pelo governo do Estado para estudar, juntamente com os drs. Humberto Pascale e Carvalho Liña, a "Fusão dos Institutos de Higiene, Bacteriológico, Butantã e Pasteur", bem como de outros laboratórios de análise de Ser-

viço Sanitário do Estado de São Paulo. Foi também chefe do Subcentro de Saúde, com sede na Escola Paulista de Medicina.

O prof. Nicolau Maria Rossetti era filho de Rique Rossetti e dna. Leonor Centola Rossetti, tendo nascido em Mococa, no dia 17 de abril de 1894. Deixa viúva dna. Maria Clotilde Coutinho Rossetti.

CONGRESSOS E CURSOS MÉDICOS

VI Congresso Americano e III Argentino de Urologia

Sua realização em Mar del Plata (Argentina) — Estão programados para dezembro, de 2 a 9, em Mar del Plata, na Argentina, os VI Congresso Americano e III Congresso Argentino de Urologia, sendo promovido o primeiro pela Confederação Americana de Urologia, e organizados, ambos, pela Sociedade Argentina de Urologia. Conforme resolução da Confederação Americana de Urologia, realizada em 13 de outubro de 1951, na cidade do México, sob a presidência do seu presidente, prof. Alvaro Cumplido de Sant'Anna, são os seguintes os temas oficiais a serem estudados nos conclave de Mar del Plata: 1.º — Câncer da próstata (relator, México; comentadores, Peru e Venezuela); 2.º — Incontinência de urina na criança (relator, Uruguai; comentadores, Panamá e Paraguai), na mulher (relator, Argentina; comentadores, Brasil e Cuba), e no homem (relator, América do Norte; comentadores, Guatemala e Porto Rico); 3.º — Traumatismos renais (relator, Chile; comentadores, Sal-

vador e Bolívia). Cada um dos temas oficiais será efetuado sob o triplice aspecto da etiopatogenia, diagnóstico e tratamento. Haverá também temas livres, não podendo um mesmo congressista apresentar mais de um trabalho sobre tema livre. O programa completo dos congressos, incluindo a parte social, tão depressa esteja ultimado, será devidamente divulgado. O prof. Alvaro Cumplido de Sant'Anna, como presidente da Confederação Americana de Urologia, prestará, a quem interessar, maiores informações sobre os certames, inclusive sobre as inscrições para integrar a delegação brasileira que viajará em aviões especialmente fretados e em condições especiais de preços de transporte e hospedagem, sendo já numerosas as solicitações de inscrição. A correspondência deve ser dirigida para o prof. Alvaro Cumplido de Sant'Anna, à rua Ministro Viveiros de Castro, 109, 8.º andar, Copacabana, Rio de Janeiro, com a devida antecedência.

Sanatório São Lucas

Instituição para o progresso da cirurgia

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Tel. 36-8181 — SÃO PAULO

Provas microbiológicas

— AS MAIS ATUALIZADAS * —

atestam a



*esterilidade
dos produtos*



* Form. Bras. II e U. S. P. XV.

★

Laboratório CRINO-SÊDA
de Suturas Cirurgicas S/A.

Rua Dr. Clementino, 200 — São Paulo, Brasil
Telefone 9-4493 — End. Telegr.: "CRINOSEDA"

Curso de Sorologia na Faculdade de Higiene

Dois cursos para 1956. — A Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, através de seu Departamento de Microbiologia, realizará este ano dois cursos de sorologia, para técnicos de laboratório e para médicos e patologistas qualificados. O Curso de Sorologia para técnicos de laboratório terá caráter essencialmente prático, possibilitando a pessoas que trabalhem ou desejem trabalhar em laboratórios, o conhecimento e execução das principais reações usadas modernamente. O curso para médicos e patologistas se destina a pessoas com prática de laboratório e que desejem atualização, aperfeiçoamento ou especialização em sorologia. Poderá ser seguido pelos alunos do curso inicial. Em ambos serão ministradas aulas teóricas que facilitem e enriqueçam o aprendizado prático. Embora dando maior importância ao soro-diagnóstico da sífilis, nos cursos será desenvolvida a aplicação da sorologia em

outras condições, com viroses, rickettsioses, parasitoses. A duração do curso para técnicos de laboratório será de dois meses, com início a 1 de agosto, e a do curso para médicos e patologistas será de 30 dias, com início a 1 de outubro, ambos sendo ministrados no período da manhã. Para fazer jus aos certificados, os alunos deverão, ter frequentado, no mínimo, 80 por cento das aulas e ser aprovados em provas finais de habilitação. Como o número de vagas para cada curso é limitado a 10 alunos, pede-se aos interessados que dirijam suas inscrições com maiores antecedência possível, para a secretaria da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, na av. dr. Arnaldo, 715, Caixa Postal, 80999, a fim de que o Conselho Técnico Administrativo possa fazer a devida seleção dos candidatos. As inscrições encerram-se a 10 de julho e 10 de setembro, respectivamente.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Reabilitação do tuberculoso

Debates sobre o assunto. — Realizou-se recentemente uma reunião promovida pela Federação de Entidades de Luta Antituberculose de São Paulo, com a finalidade de debater o tema "Reabilitação do tuberculoso". Participaram da mesma representantes do Departamento de Tisiologia da Associação Paulista de Medicina, da Associação Paulista de Moléstias Pulmonares, do Centro de Estudos da cátedra de Tisiologia da Faculdade de Higiene da Universidade de S. Paulo e do Centro de Estudos dos Médicos da Divisão de Tuberculose.

Foram apresentadas as seguintes conclusões:

1) Considerar a reabilitação, no setor específico que estudamos, como a restauração nos tuberculosos da maior utilidade física, mental, social e econômica, utilizando ao máximo a sua capacidade restante.

2) As modificações atuais de epidemiologia da tuberculose apresentam, entre outras características, a queda acentuada da letalidade e como resultantes, de interesses para o assunto, em foco, o maior número de curados e de enfermos crônicos. Esses fatos

realçam a necessidade, cada vez mais premente, dos serviços de reabilitação.

3) A falta de serviços de reabilitação para os tuberculosos tem contribuído para:

- a) Bloqueio dos leitos hospitalares pelos doentes crónicos;
- b) O regresso à família e à coletividade de enfermos contagiantes sem a necessária educação sanitária para a vida em sociedade;
- c) Maior probabilidade de recaídas;
- d) Menores facilidades para uma boa sequência do tratamento;
- e) Dificuldades para a reintegração do indivíduo clinicamente curado à coletividade.

4) A reabilitação é um processo contínuo e coordenado que deve ser iniciado logo após o diagnóstico até a reintegração do indivíduo ao meio.

5) O doente tuberculoso, principalmente ante as modernas concepções da fisiologia e dos novos recursos terapêuticos, mesmo na fase ativo-evolutiva da enfermidade e na convalescença deve estar integrado em um plano de reabilitação, visando o desenvolvimento racional de sua atividade física, mental, das suas tendências vocacionais, de seu ajustamento profissional e a solução dos seus problemas sociais e económicos.

6) Torna-se necessário o reconhecimento oficial de um período de convalescença entre a fase ativo-evolutiva da enfermidade e a cura clínica, durante a qual o paciente, ainda sem a máxima capacidade restante de trabalho, deve continuar a ser assistido enquanto é reabilitado.

7) Tendo em vista a necessidade de dinamização dos leitos existentes e todas as vantagens decorrentes de uma reintegração racional do indi-

víduo à sociedade, recomenda-se a criação de programas de reabilitação para o doente clinicamente curado.

8) O problema criado pela permanência de doentes crónicos em hospitais que não dispõem de serviço de reabilitação, tem originado consequências prejudiciais à luta antituberculosa e à própria administração hospitalar. Diante desse fato, recomenda-se a criação de órgãos destinados a solucionar esse problema em maior amplitude.

9) O Dispensário e o Hospital devem participar harmonicamente de um programa contínuo e coordenado de reabilitação.

10) A falta dos serviços de reabilitação de maior amplitude tem sido prejudicial aos Institutos, Caixas e outros órgãos de previdência e assistência, quer no sentido de um real cumprimento de suas finalidades, quer em prejuízos de ordem financeira, quer que os Institutos, Caixas e demais órgãos de previdência e assistência, participem mais ativamente de programas de reabilitação.

12) Torna-se necessária uma campanha de esclarecimentos junto aos empregadores, mostrando os benefícios trazidos pelos programas de reabilitação e no sentido de orientá-los sobre as possibilidades de emprego do ex-tuberculoso reabilitado.

13) Estudos devem ser feitos para que modificações e novas contribuições na legislação vigente possam facilitar os programas de reabilitação.

14) Encarece-se a necessidade da formação de uma consciência no sentido de reabilitação do incapacitado em geral e particularmente do tuberculoso, nas escolas de medicina e em outras organizações de ensino, visando o preparo de técnicos auxiliares do serviço médico.

Acabam de ser publicados

2 volumes de

“A Cirurgia no Sanatório São Lucas”

LITERATURA MÉDICA

Separatas e Folhetos recebidos

A significação clínica da retinopatia na síndrome vascular do diabete. — Drs. Manoel B. Matos, Paulo Cardoso Rebocho — Egle Renata Attadia e Sérgio Lustosa Cunha. Separata da Revista do Hospital das Clínicas, vol. 11 — n.º — 1956.

Alguns aspectos metabólicos experimentais das derivações portocavas simples ou associadas à derivação aortoportal. — Dr. F. Schmidt Goffi. — Tese apresentada para concurso de docência livre da Cadeira de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, apresenta e A. um estudo completo, prático e experimental visando contribuir para o esclarecimento do assunto, descrevendo o material e método de estudo, as observações, os resultados experimentais, chegando a interessantes conclusões.

Archivos de clínica médica. — Prof. Dr. Juan Carlos Plá (años 1953-1954) Montevideo. — Trabalhos do Centro de Investigações Clínicas do Ministério da Saúde Pública e da Cátedra de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Montevideo — apresenta uma completa exposição e estudos sobre as formas clínicas da insuficiência tireóide, sobre as meningites linfocitárias e tuberculosa, aneurismas crissóides do couro cabeludo, aracnoidites, granuloma cosinófilo, etc., ilustrados com esplêndidos clichês.

Fator vascular do endométrio na etiopatogenia das hemorragias disfuncionais. — Contribuição para o seu estudo — Dr. Carlos A. Salvatore — S. Paulo, 1953. — Tese apresentada para o concurso à livre docência de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, representa um trabalho extraordinário e de real valor, onde o

A. aborda e expõe minuciosamente o assunto reunindo material histológico do Departamento de Anatomia Patológica da Escola de Medicina, material experimental do Instituto Butantã o material clínico e histológico da antiga clínica ginecológica do Hospital Nossa Senhora da Aparecida e da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ambas sob a orientação do Prof. José Medina. Vasta bibliografia (408 citações).

Electrophorèse sur papier (Méthodes et Résultats) — Ch. Wunderly. — Viget Frères éditeurs — Paris, 1956. — Constitue essa obra uma preciosa fonte de informações e de documentação, não somente para o estudante e o médico biologista, mas também para o pesquisador. Um considerável conjunto de pesquisas efetuadas desde 1950, conduziu à difusão e generalização da notável técnica de eletroforése de Tiselius sob a forma de eletroforése sobre suportes sólidos, entre os quais o papel tornou-se o mais correntemente utilizado. Posta atualmente em obra por todos os laboratórios de pesquisas ou de análises médicas, essa técnica simples e elegante não exige senão uma aparelhagem de realização fácil ou aquisição pouco onerosa. Na sua obra o A. indica as possibilidades da técnica e incita o leitor a utilizá-la em sua própria disciplina, expende os problemas que ela tem permitido resolver com o maior sucesso. 46 clichês ilustram o trabalho.

Le cancer. — Maladie d'épuisement des centres neuroendocriniens. — Dr. J. Robinson — Viget Frères, Editeurs, Paris. — Nesse trabalho o A. faz a soma dos conhecimentos cancerológicos, e à luz "dos fatos clínicos" propõe considerar a tumorigênese como o termo final de uma endocrinopatia complexa dominada pela hi-

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

Em frasco de 500 e 1000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado)



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818

Caixa Postal 3.705 — Enderêço Telegráfico : "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.

Enderêço Telegráfico : "BAXTER"

pófise. As perturbações biológicas e morfológicas desta anomalia primitiva da função hipofisária estariam inscritas no indivíduo, bem antes da eclosão tumoral. Sustenta o A. com vigor e essencial das suas idéias.

Contribution clinique a l'étude du métabolisme du cholestérol. — Henri Quilliot. — Viget Frères, Editeurs, Paris. — Nessa obra condensada e esquemática o A. expõe uma parte das suas pesquisas. Reconhece uma triplíce função, digestiva, tissular e hormonal, no colesterol. Estuda sobretudo o colesterol livre, fator determinante do metabolismo da água e conseqüentemente, das trocas entre plasma e tecido. Breve, à custa de balanços biológicos muitos completos o A. faz, das moléstias esteróides em geral e de diabete em particular, uma concepção patogênica e uma terapêutica completamente novas.

Annales medicinae internae fennicae.

Annales medicinae Internae fennicae. — Vol. 45 — Suplem. 21 — 1956. Finland. — *Untersuchungen über die tuberculose des utenven lungenlappens und ihre bhandlung.*

Annales chirurgiae et gynaeologiae fennicae — vol. 45 suplems. 2-3-1956 Finland. — *Paresis of the urinary bladder in poliomyelitis. Melanoma of the skin.*

Revue belge de pathologie et de médecine expérimentale — suplem. XI — Bruxelas, 1956. — *Contribution clinique et expérimentale à l'étude du rôle de l'histamine dans certains phénomènes anaphylactiques.*

Quaderni della coagulazione. — Instituto de Pesquisas V. Baldacci-Pisa. — Metodologia per le studio delle diatesi emorragiche. — N. Del Bono e G. P. Pasere.

CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- a) nas afecções cárdio-musculares: pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribue para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias: sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas: como expectorante de ação enérgica.
- d) nas afecções do sistema nervoso: como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSAGEM: 6 a 12 drágeas por dia.

★

LABORATÓRIO

TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — São Paulo, Brasil

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Director: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 34-0855

SÃO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| I - Anatomia, Embriologia e Histologia. | VIII - Neurologia e Psiquiatria. |
| II - Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX - Cirurgia. |
| III - Endocrinologia. | X - Obstetrícia e Ginecologia. |
| IV - Microbiologia e Higiene. | XI - Oto-rino-laringologia. |
| V - Patologia Geral e Anatomia Patológica. | XII - Oftalmologia. |
| VI - Medicina Geral. | XIII - Dermatologia e Venereologia. |
| VII - Pediatria. | XIV - Radiologia. |
| | XV - Tuberculose. |



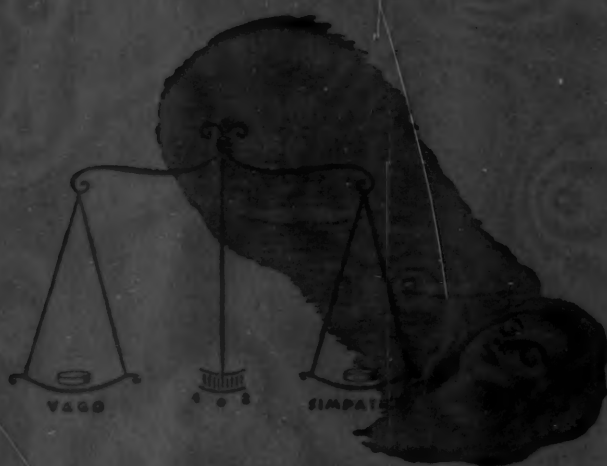
Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT - AMSTERDAM C. - HOLANDA

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimeu.